



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária

PROJECTO DE INTERVENÇÃO  
EM SAÚDE COMUNITÁRIA  
Envelhecimento Activo - Amadurecer em Saúde

RELATÓRIO REALIZADO NO ÂMBITO DO  
MESTRADO EM ENFERMAGEM EM SAÚDE COMUNITÁRIA

AUTORA  
Maria Manuela Serra Banza

BEJA  
2012

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária

PROJECTO DE INTERVENÇÃO EM  
SAÚDE COMUNITÁRIA  
Envelhecimento Activo - Amadurecer em Saúde

RELATÓRIO REALIZADO NO ÂMBITO DO  
MESTRADO EM ENFERMAGEM EM SAÚDE COMUNITÁRIA,  
ORIENTADA PELA PROFESSORA DOUTORA HELENA JOSÉ

AUTORA  
Maria Manuela Serra Banza

BEJA  
2012

“ Escolher é indiscutivelmente um valor nas sociedades contemporâneas.  
Poder escolher, liberta. Liberta tanto melhor quando aquele que escolhe é capaz de ter  
consciência das suas consequências não só no imediato, mas também a médio e longo prazo.”  
Constantino Sakellarides

## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Helena José agradeço muito, o facto de me proporcionar abraçar este projecto, o incentivo, disponibilidade e rigor, fundamentais para o seu desenvolvimento e elaboração.

Aos meus colegas de trabalho, pelo encorajamento, amizade e tolerância nos meus piores momentos.

À equipa multidisciplinar do projecto, pelos saberes, contributos e empenho na concretização do mesmo.

À Inma, pelo suporte, paciência e rigor para me apoiar nas pequenas grandes coisas que estão por detrás de um trabalho escrito de natureza científica.

À Ana Sofia e ao Pedro, que pela sua juventude e descontração, tratam por tu as coisas da informática e as partilharam comigo.

Aos meus amigos, por perceberem as minhas ausências.

À minha irmã, pelo carinho e por acreditar em mim incondicionalmente.

Ao meu marido e filhos por me amarem e perdoarem os momentos em que deixei de os cuidar.

Aos meus Pais, Ana e José, a quem devo tudo o que sou, pelo exemplo de vida, amor e compreensão.

Por fim, a todos aqueles sem os quais este projecto não teria sido possível: dirigentes do ACESAL, parceiros comunitários e alunos da Universidade Sénior.

Muito Obrigada...

## RESUMO

Perante um mundo a envelhecer, torna-se fundamental olhar este fenómeno, não como um problema, mas como uma parte natural do ciclo de vida e uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma, o maior tempo possível. Tal implica uma actuação integrada, acompanhada de mudança de comportamentos e atitudes na população em geral, nos profissionais de saúde e noutras áreas de intervenção.

Adequar os serviços de saúde à nova realidade social e familiar que acompanha o envelhecimento individual e demográfico, ajustar o ambiente e a oferta de cuidados às fragilidades que frequentemente acompanham a idade avançada, desenvolvendo estratégias capacitadoras dos cidadãos, torna-se um dos grandes desafios do presente.

Pela experiência acumulada na prestação e gestão de cuidados de enfermagem em Cuidados de Saúde Primários, sustentada pelas orientações da Organização Mundial de Saúde e pelo Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, elegemos esta área de intervenção. Com este projecto, propomo-nos contribuir para o envelhecimento activo, fomentando parcerias comunitárias promotoras de ganhos em saúde.

Palavras-chave: envelhecimento activo, enfermagem comunitária, parcerias, capacitação

## ABSTRACT

Before a world growing older, it's crucial and mandatory to look up to this phenomenon, not like a problem but just as a natural and whole part belonging to the life cycle of the human being and also an opportunity to live in an autonomous and healthy way as long as possible. However, such attitude implies an integrated action followed up by changes in what concerns behaviors and ways of thinking all over the population, people related to health services (medical professionals, nurses, health technicians, etc.) as well as in other areas of intervention.

Therefore, one of the big challenges of nowadays is to get the health services suitable for the new social and familiar reality which is following up and taking care of the process of the individual and demographic aging, being necessary for that to adjust the environment and offer health care's to the fragilities which, frequently, make part of the advanced age, that is, developing for that enabling capabilities and strategies for the persons.

We elected this area of intervention, based upon years of experience accumulated in the providing and management of Primary Nursing Health Care supported and focused by the guidelines of the World Health Organization as well the National Health Program for aged people. With this project it's our purpose to contribute for the active ageing, so for that encouraging and developing partnerships which can promote healthy gains.

Keywords: Active Ageing, Community Nursing, Partnerships, Capabilities

## ÍNDICE

	(Fl.)
1 - <u>INTRODUÇÃO</u>	11
1.2 - ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	24
1.3 - PARCERIAS	29
1.4 - CAPACITAÇÃO	34
2 - <u>CAMINHO METODOLÓGICO</u>	39
2.1 - PRIORIDADES DE INTERVENÇÃO	40
2.2 - ESTRATÉGIA ESCOLHIDA	43
2.3 - FINALIDADE E OBJECTIVOS	44
2.4 - OBJECTIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO ALVO	45
2.5 - INDICADORES E METAS	53
2.6 - INTERVENÇÕES E ACTIVIDADES	55
2.7 - RECURSOS HUMANOS	57
2.8 - CUSTOS	58
2.9 - GESTÃO DO RISCO	59
2.10 - DIVULGAÇÃO E PARTILHA DOS RESULTADOS	60
2.11 - MONITORIZAÇÃO DO PROJECTO	60
2.12 - AVALIAÇÃO	61
3 - <u>MOBILIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</u>	63
4 - <u>CONCLUSÃO</u>	67
5 - <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	69
ANEXOS	75
Anexo- I Questionário MAB – Ambulatório (em frente e verso)	76
Anexo II - Identificação de Necessidades de Educação para a Saúde	79
Anexo III - Entrevista aos stakeholders	81
Anexo IV - Resultados da análise das necessidades de educação para a saúde	83
Anexo V - Plano de formação	85
Anexo VI - Cronograma das Sessões	87
Anexo VII - Cronograma de actividades	89
Anexo VIII - Pedido de autorização ao Director Executivo do ACESAL	91
Anexo IX - Pedido de autorização à Vereadora da Saúde da CMG	93
Anexo X - Consentimento Informado	96

## ÍNDICE DE FIGURAS

	(Fl.)
Figura 1: Representação do concelho de Grândola.( Fonte: Site CMG, 2012)	13
Figura 2: Representação geográfica do Alentejo Litoral (Fonte Google2011)	14
Figura 3: Estructura do WBS	40
Figura 4: Distribuição por sexo	46
Figura 5:Distribuição percentual por grupo etário	46
Figura 6: : Distribuição percentual por grupo etário de queixas de saúde	46
Figura 7: Estado de nutrição	47
Figura 8: Distribuição percentual de quedas	47
Figura 9: Distribuição percentual por motivo	47
Figura 10: Distribuição percentual das consequências da queda	47
Figura 11: Distribuição percentual das condições de locomoção	48
Figura 12: Autonomia física	49
Figura 13: Autonomia instrumental	49
Figura 14: Queixas emocionais	50
Figura 15: Estado socia	50
Figura 16: Habilitações literárias	51
Figura 17: Isolamento social	51
Figura 18: Hábitos	51
Figura 19: Nº de refeições/dia	52
Figura 20: Actividade física semanal	52



## ÍNDICE DE QUADROS

	(Fl.)
Quadro 1: População residente, população presente e famílias - Alentejo (NUTSIII e municípios)	14
Quadro 2: População residente segundo o nível de instrução completo e sexo	15
Quadro 3: Análise SWOT Fonte: Reunião com stakeholders	41
Quadro 4: Perfil prevalente – MAB	52
Quadro 5: Indicadores de estrutura e processo	53
Quadro 6: Indicadores de Resultado	54
Quadro 7: Indicadores de Impacto	54
Quadro 8: Cronograma de actividades da fase concepção e planeamento	55
Quadro 9: Cronograma de actividades da fase de implementação	56
Quadro 10: Orçamento	59

## **ACRÓNIMOS E SIGLAS**

ACES - Agrupamento dos Centros de Saúde

ACESAL – Agrupamento dos Centros de Saúde do Alentejo Litoral

ACS- Alto Comissariado da Saúde

ARSA - Administração Regional de Saúde do Alentejo

CMG - Câmara Municipal de Grândola

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direcção Geral da Saúde

ESSB- Escola Superior de Saúde de Beja

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPB-Instituto Politécnico de Beja

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

MCSP - Missão para os Cuidados de Saúde Primários

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSPI – Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas

RMCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SWOT- *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USP- Unidade de Saúde Pública

WBS - *Work Breakdown Structure*

## **1 - INTRODUÇÃO**

O envelhecimento demográfico é um fenómeno crescente a nível mundial.

Este facto deve-se provavelmente à conjugação de diversas variáveis, como sejam o aumento da esperança média de vida, o declínio das taxas de mortalidade, fecundidade, natalidade ou até, aos novos modelos familiares e à melhoria das condições socioeconómicas, ambientais e de saúde, entre outros.

O aumento da esperança de vida pode pois ser considerado o resultado da disposição favorável de factores, como o avanço técnico-científico, o crescimento económico, e a aplicação de mais adequadas políticas sociais e de saúde pública. É inegável que se conquistaram anos à vida. Mas viver mais tempo, não é sinónimo de viver melhor. Há cada vez mais pessoas que sofrem até ao fim das suas vidas o efeito das perdas funcionais e/ou de autonomia seja pelo envelhecimento natural, seja pela doença crónica.

O concelho de Grândola, onde nos situamos, é também marcado por este fenómeno. Aqui, como em todo o mundo, esta nova realidade impõe à Saúde, o fomento do Envelhecimento Activo, suportado pela promoção de hábitos de vida saudáveis e do combate aos factores de fragilidade desta fase do ciclo vital, capacitando o cidadão para escolhas informadas.

Enquanto enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e em linha com o defendido pelo Conselho de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2010), incorporamos no nosso desempenho um conhecimento aprofundado num domínio específico. Dessa forma, a tomada de decisão reveste-se de níveis elevados de juízo clínico, traduzindo-se num conjunto de competências especializadas referentes a um dado campo de intervenção.

Sustentam também esta decisão, as propostas apresentadas no relatório bienal sobre áreas prioritárias de investigação em enfermagem, para o triénio 2010-2012 pela Comissão de Formação do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2010), entre outras, a capacitação (*empowerment*) dos clientes, a promoção da saúde e os cuidados de saúde na comunidade.

Foi nesta perspectiva e com este sentido de responsabilidade, que nos propusemos desenvolver o projecto de Intervenção em Saúde Comunitária, Envelhecimento Activo - Amadurecer em Saúde. Em simultâneo, o mesmo surge como resposta a um dos requisitos à obtenção do grau de mestre, no mestrado de Enfermagem em Saúde Comunitária.

Com este projecto, pretendemos facilitar a consolidação da afirmação organizacional da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) na nossa comunidade, porque:

- se centra numa problemática emergente - o envelhecimento humano - com necessidades identificadas e tecnicamente sustentadas em matéria de saúde e sensíveis aos cuidados de enfermagem;

- procura a eficiência e a sustentabilidade, recorrendo ao trabalho em parceria comunitária e ao envolvimento e multidisciplinaridade da equipa de saúde;

- assenta nos cuidados de proximidade e na capacitação das pessoas, promovendo a participação e o reconhecimento da comunidade e dos profissionais.

Por outro lado, na sua concretização em termos estratégicos:

- é convergente com as perspectivas de políticas saudáveis e de ganhos em saúde, como defendido no documento de discussão do Plano Nacional de Saúde 2011-2016. (Alto Comissariado para a Saúde, 2010 c).

- enquadra-se na missão, visão, valores e vectores estratégicos do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral (2011).

- eticamente respeita os princípios defendidos pela profissão e os enunciados na Carta de Qualidade da UCC.

Desta forma, pensamos que o seu desenvolvimento dará um contributo sólido à prestação de cuidados de saúde primários, com qualidade e segurança, mobilizando recursos da comunidade de forma responsável, eficiente, integrada e em complementaridade com outras Unidades Funcionais, como sejam a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do Centro de Saúde e a Unidade de Saúde Pública (USP) do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral (ACESAL).

A sua principal finalidade é a de: contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa idosa, inserida em grupos seniores.

Pelo seu impacto, estamos convictos que concorreremos para o desenvolvimento da enfermagem comunitária, valorizando-a nos cuidados de proximidade e enquanto modelo de boas práticas.

Pela sua concretização, esperamos contribuir para a promoção do envelhecimento activo no concelho de Grândola, de forma sobreponível com o estabelecido pela Direcção-Geral da Saúde (2004), no Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas (PNSPI), com saúde e independência, o mais tempo possível, um dos principais desafios à responsabilidade individual e colectiva, pelo impacto expressivo que pode ter nos vários sectores sociais.

Antes porém, de nos propormos responder às questões que levantámos e que conduziram este projecto, pensamos relevante proceder a uma breve explanação de algumas

concepções enquadradoras do fenómeno envelhecimento, do modelo de resposta ao desafio que o mesmo representa, ao potencial da enfermagem comunitária como contributo na melhoria dos cuidados de saúde e, por fim, à mudança estratégica que se impõe nas políticas de promoção de saúde da comunidade para responder ao problema. Esta constitui a primeira parte do trabalho. Numa segunda parte apresentamos o caminho metodológico. Na terceira, apresentamos uma reflexão sobre as competências mobilizadas e desenvolvidas, neste percurso que aqui retratamos. Na quarta parte surgem as conclusões e na última, as referências bibliográficas.

O projecto Envelhecimento Activo - Amadurecer em Saúde, surge como resposta a um dos requisitos à obtenção do grau de mestre, no mestrado de Enfermagem em Saúde Comunitária.

Ao concebê-lo, quisemos imprimir maior rigor científico à intervenção da UCC Serra e Mar, no concelho de Grândola, aliando as componentes investigação e acção, criando evidência que se incorpore na prática.

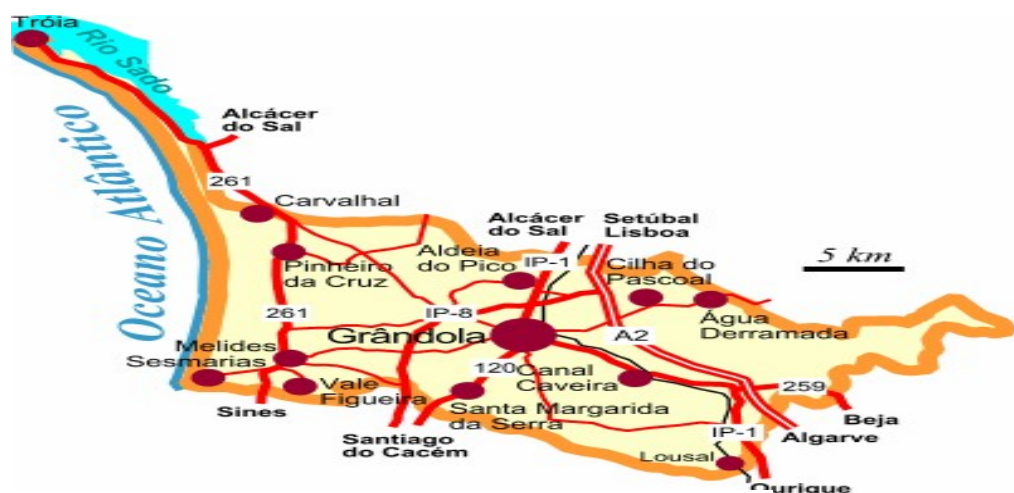


Figura 1.: Representação do concelho de Grândola. (Fonte: Site CMG, 2012)

A UCC Serra e Mar, integra-se no ACESAL, que por sua vez depende da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA).

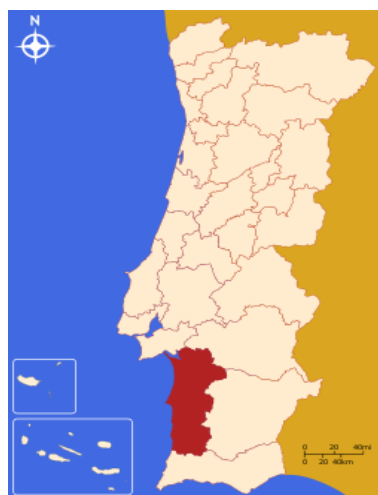


Figura 2: Representação geográfica do Alentejo Litoral (Fonte Google2011)

Integram também este Agrupamento os Centros de Saúde dos concelhos de Alcácer do Sal (Sede do Agrupamento), Santiago do Cacém, Sines e Odemira.

Quadro 1: População residente, população presente e famílias - Alentejo (NUTSIII e municípios)

Zona Geográfica	2001					2011 (Dados preliminares)				
	População				Famílias	População				Famílias
	Residente		Presente			Residente		Presente		
	HM	H	HM	H		HM	H	HM	H	
Alentejo	776 585	379 310	760 896	369 952	292 898	758 739	367 720	749 766	361 931	306 207
Alentejo Litoral	99 976	50 037	97 042	48 635	38 256	97 918	48 713	97 284	48 649	41 214
Alcácer do Sal	14 287	7 013	13 740	6 688	5 406	12 980	6 333	12 669	6 151	5 295
Grândola	14 901	7 502	14 832	7 637	5 646	14 854	7 528	14 783	7 479	6 031
Odemira	26 106	13 299	25 720	13 028	10 416	26 104	13 200	26 000	13 134	11 561
Santiago do Cacém	31 105	15 389	29 503	14 500	11 887	29 720	14 592	29 200	14 362	12 428
Sines	13 577	6 834	13 247	6 782	4 901	14 260	7 060	14 632	7 523	5 899

Fonte: INE, 2011.

Como pudemos concluir pelo quadro 1, de acordo com os dados preliminares Instituto Nacional de Estatística (INE), (2011), a perda de população residente é uma certeza na região Alentejo, no Alentejo Litoral e também no concelho de Grândola, embora aqui, de forma menos expressiva. Apesar dessa diminuição, verifica-se que o número de famílias cresceu no concelho de Grândola, o que poderá indicar que diminuíram os elementos que as compõem. Numa população envelhecida como a nossa, que mantém fortes características de ruralidade e onde os típicos montes alentejanos são uma realidade, isto pode significar a existência de mais

idosos sós. Temos um cenário ainda mais preocupante, quando sabemos que a densidade populacional é apenas de 17 habitantes por quilómetro quadrado. Pelos cálculos efectuados para o concelho, com base em dados do INE no ano 2011, o índice de dependência de idosos situa-se nos agora nos 41, 46%, o índice de dependência total nos 61, 48% e o índice de dependência de jovens em 20,01%, sendo dos mais elevados a nível do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES). Todos estes índices sofreram agravamento relativamente aos dados de que dispúnhamos no ano 2010.

O panorama complica-se se considerarmos os resultados do quadro 2, onde se verifica que cerca de 25% da população do concelho, não tem qualquer nível de instrução, o que lhes veda o acesso a informação escrita e favorece a iliteracia. Se a estas pessoas sem instrução, somarmos aqueles que só completaram o 1º ciclo do ensino básico, o valor passa a abranger 52% da população do nosso concelho.

Quadro 2: População residente segundo o nível de instrução completo e sexo.

Zona Geográfica	Total		Sem Instrução		Ensino Básico	
	HM	H	HM	H	1º Ciclo	
Alentejo	757190	366760	174122	74782	200036	101207
Alentejo Litoral	97895	48610	23969	10657	25003	13488
Grândola	14826	7505	3727	1617	4005	2203

(Fonte: INE, 2011)

Dado que o concelho é marcado por acentuado analfabetismo, não será difícil admitir que este é um fenómeno que atinge com maior frequência a faixa de população mais idosa, pois que no passado não tiveram condições de acesso ao ensino.

Sendo as pessoas com mais de 65 anos os principais consumidores de cuidados de saúde da UCSP de Grândola, convém salientar que as principais causas de mortalidade são por ordem decrescente o acidente vascular cerebral, os tumores malignos, as doenças cardiovasculares, os acidentes de viação e o suicídio.

As causas mais prevalentes de morbilidade, não fogem às do panorama nacional, com particular incidência para as doenças cérebro -cardiovasculares, a diabetes, os tumores malignos, os problemas osteoarticulares e as doenças de foro mental. Os factores de risco associados a estas patologias (hábitos alimentares pouco saudáveis, hipertensão arterial, colesterol, dor, obesidade, falta de exercício físico), são transversais a várias patologias e fonte de morbilidade. Em consequência, geram-se novos problemas como é o caso da polimedicação. Numa população envelhecida, com poucos recursos económicos, baixos níveis

de alfabetização e literacia, abrem-se aos enfermeiros de saúde comunitária desafios no que respeita à gestão da doença crónica e à capacitação das pessoas e famílias, para lidar com a situação.

É missão do ACESAL (2011), prestar Cuidados de Saúde Primários à população, com base numa visão de desenvolvimento das actividades de forma eficiente e eficaz de acordo com as necessidades identificadas, com a participação e reconhecimento da comunidade e profissionais, de forma a ser uma organização promotora de saúde. Entre os valores por que se rege, destacamos a promoção do desenvolvimento: da educação para a saúde, dos cuidados de proximidade, da promoção da participação dos utentes e da comunidade nas suas actividades e o compromisso com a causa pública.

A UCC, por seu lado, tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população do concelho de Grândola, área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde, que concorrem de forma directa, para o cumprimento da missão do ACESAL.

Cabe à UCC prestar cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo e, actua ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. (Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2010).

Desta forma, a UCC integra no Plano de Acção em curso para o triénio 2010-2012, programas de alinhamento nacional e regional como sejam a Saúde Escolar, a Intervenção Precoce, as Crianças e Jovens em Risco, os Cuidados Continuados; projectos de âmbito local, dirigidos à promoção da saúde da comunidade e que, com base em estratégias de educação para a saúde em grupo, visam o desenvolvimento de competências de casais grávidos, de puérperas, de pais, de pessoas com diabetes, de pessoas idosas frequentadores de Centros de Dia e de Convívio. A participação na Rede Social, no Núcleo Local de Inserção, os Eventos Comunitários e o Voluntariado em Saúde, são também asseguradas pela UCC. No conjunto de propostas apresentadas visa responder a necessidades identificadas em matéria de saúde, fundamentando-se no histórico da prestação de cuidados do CSG, alicerçado na prática diária, no conhecimento adquirido, na parceria na Rede Social, no Diagnóstico Social e no Plano de Desenvolvimento Social do Concelho de Grândola. A elaboração do Plano de Acção, implicou aprofundar o conhecimento sobre os processos de vida e problemas de saúde de maior complexidade ao nível da avaliação e intervenção.



Apesar de incluirmos já na actividade corrente, intervenções direccionadas aos idosos, face ao desafio que o envelhecimento demográfico representa para a sustentabilidade dos sistemas, designadamente o da saúde, sentimos como uma necessidade emergente, desenvolver um projecto multidisciplinar, que em parceria e através de pequenos passos, permita a médio e longo prazo, avaliar ganhos efectivos, por via do investimento na promoção da saúde e na capacitação das pessoa e comunidade, visando o envelhecimento activo, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e a racionalização de custos.

O projecto que apresentamos, pretende ser um primeiro passo nesse caminho, que até eticamente, sabemos que se impõe iniciar.

Responder a este desafio, não é de todo tarefa exclusiva de enfermagem nem responsabilidade exclusiva da saúde, nem tão pouco seria possível. No entanto, identificamos necessidades, sensíveis aos cuidados de enfermagem. Além disso, enquanto representantes da saúde na Rede Social do concelho, temos assistido à criação de estruturas, com resposta a este problema (nomeadamente por parte da Autarquia e das Instituições Particulares de Solidariedade Social) e em que só de forma esporádica temos participado. Contudo, à luz da nossa experiência, da evolução do conhecimento sobre a matéria e dada a magnitude do problema, sabemos que temos que ser mais presentes e efectivos. Existe uma necessidade real de intervir no envelhecimento, focalizando as intervenções nos cuidados antecipatórios e a montante da doença, das perdas e incapacidades, que não podendo muitas vezes ser eliminadas, podem frequentemente ser retardadas no tempo. Pela sua missão, a existência da UCC, abre agora esta oportunidade.

Uma vez que os estilos de vida menos saudáveis e o envelhecimento, afectam o aparecimento ou agravamento da doença crónica, promover a capacitação das pessoas de forma que lhes permita assumir cada vez mais um papel relevante na gestão da sua saúde, cabe nessa missão.

Sendo o foco do nosso projecto o envelhecimento activo, intervir na mudança de estilos de vida com base na educação para a saúde, sem outras opções de promoção da saúde que se façam acompanhar de mudança nas instituições sociais com responsabilidade nos determinantes de saúde, pode traduzir-se num impacto insatisfatório nos resultados desejados. Mobilizar recursos pessoais e sociais disponíveis mas dispersos, foi nosso propósito neste projecto.

Envolver alguns dos decisores locais e uma equipa multidisciplinar em torno do problema, pareceu-nos o caminho mais adequado e foi a estratégia escolhida.

De entre as respostas e os equipamentos existentes no concelho na área do envelhecimento activo, a existência de uma Universidade Sénior surge-nos como parceiro de eleição ao desenvolvimento do projecto.

A Universidade Sénior de Grândola (USG) tem por missão desenvolver o ensino não formal, actualizando conhecimentos em múltiplas temáticas integradas no âmbito da formação ao longo da vida e, em complementaridade, organizar actividades de natureza cultural, lúdica e de convivência, para as pessoas do concelho maiores de 50 anos, tenham ou não experiência escolar.

Aumentar a consciência crítica dessas pessoas no seio do grupo, com base no diálogo e na reflexão conjunta, sobre os seus interesses comuns, pode conduzir os processos de transição que se pretende sejam capazes de imprimir nas suas vidas.

### **1.1 - ENVELHECIMENTO ACTIVO**

Como sabemos o mundo está a envelhecer.

O envelhecimento humano pode ser definido como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida. (DGS, 2004).

Cada pessoa é responsável pelo seu processo de envelhecimento e o modo como envelhece, é condicionado por múltiplos factores em todo o percurso de vida. Embora a biologia e a herança genética sejam incontornáveis, o processo é influenciado por comportamentos pessoais e colectivos e pela organização social, podendo ocorrer de maneira saudável ou não. Conhecer o envelhecimento fisiológico e as mudanças inevitáveis pode ser favorável à dissipação de estereótipos e mitos, geradores de fenómenos como a gerontofobia.

O mundo em que vivemos está diferente do mundo em que nascemos. A mutação da sociedade acontece rápida e paralelamente ao envelhecimento demográfico. São cada vez mais raras as famílias alargadas, em que tradicionalmente, apenas alguns alcançavam a velhice, mas rodeados de familiares jovens.

Nas sociedades modernas, o problema social que a velhice representa, é um exemplo paradigmático do modo como certas perspectivas, científicas ou não, podem contribuir para disseminar ideias e representações já instituídas do que é a velhice. Enquanto estereótipo social de fácil reconhecimento, a pessoa idosa enquadra-se numa categoria de sujeitos com características relativamente homogéneas, que os conota com solidão, isolamento, doença, pobreza e até exclusão social. Nesta óptica, o idoso é uma pessoa isolada, ficando encoberta a

dimensão familiar da sua identidade e da sua existência. Esta percepção da pessoa idosa enquanto agente de acção social, dissocia-a de laços sociais intrínsecos não só da instituição familiar a que pertence, mas também das relações tradicionais de afecto, amizade e vizinhança. Ainda que seja inegável a existência de condições problemáticas sobreponíveis a essa imagem de isolamento, solidão, doença, dependência, privações afectivas e materiais, essa não é de todo uma propriedade comum e dominante na categoria das pessoas intituladas idosas.

A entrada na velhice depende de vários aspectos que ultrapassam os limiares da mera cronologia. Cada indivíduo reage de forma única ao avanço da idade. A velhice é construída paulatinamente, para o que concorrem variáveis biológicas e sociais.

Como sabemos, a maneira como se envelhece retrata a qualidade de vida de uma sociedade e as suas estratégias de progresso. Em qualquer sociedade, a participação, o valor do idoso, a tomada de decisão, as áreas de socialização, o acesso aos cuidados de saúde, lazer, apoio social, ou aos rendimentos económicos, são preditores dos princípios de inserção e/ou de marginalização e, bem assim, do modelo de desenvolvimento aí dominante. Ao longo do processo de envelhecimento, as capacidades de adaptação do ser humano vão diminuindo, tornando-o cada vez mais sensível ao meio ambiente que, consoante as restrições implícitas ao funcionamento do idoso, pode ser um elemento facilitador ou um obstáculo para a sua vida. Com o declínio progressivo das suas capacidades, principalmente a nível físico, as pessoas vão alterando os seus hábitos e rotinas diárias, trocando-as por ocupações e actividades que imponham um menor grau de actividade, de força ou de equilíbrio. Esta diminuição da actividade, ou mesmo inactividade, pode acarretar sérias consequências, tais como redução da capacidade de concentração, coordenação e reacção, que por sua vez levam ao surgimento de processos de auto-desvalorização, diminuição da autoestima, apatia, desmotivação, solidão, isolamento social, depressão ou mesmo suicídio.

Ao envelhecer, nem todos conseguem manter a autonomia e perceber a sua capacidade para conduzir e lidar com as situações e decidir sobre a vida do dia-a-dia, mantendo os preceitos e as opções pessoais. Realizar funções relacionadas com a vida diária de forma independente, é uma capacidade fundamental para se viver em comunidade, sem recorrer a ajuda de terceiros. As pessoas idosas têm risco elevado de descompensação, pelo aparecimento de novas doenças. Os critérios de fragilidade são ameaças a internamentos prolongados, ao aumento da mortalidade e à institucionalização. Estes critérios, compreendem entre outros: a idade superior a 65 anos, doença crónica ou incapacitante, depressão, demência, perturbação da mobilidade, dependência para a realização das

actividades da vida diária, queda nos últimos três meses, polimedicação, *deficits* sensoriais de visão e audição, problemas socio-económicos e familiares, para recordar alguns.

As rápidas alterações demográficas do último século, que se traduzem na modificação, ou mesmo na inversão das pirâmides etárias, reflectem claramente o envelhecimento da população, com um consequente aumento do peso social, financeiro e político que obriga a reconsiderar o modelo de viabilidade financeira em geral, e a sustentabilidade dos sistemas de apoio social e de saúde em particular.

Proporcionar às pessoas os meios que asseguram maior domínio sobre a própria saúde e de globalmente poderem adaptar-se e enfrentar as perdas, passa por se implementarem programas que lhes reforcem as aptidões e capacidades, mas que ao mesmo tempo modifiquem a sua situação sócio -económica e do meio ambiente, reduzindo o impacto negativo que estes determinantes impõem à saúde individual e colectiva.

Segundo Saldanha (2009), a previsão dos epidemiologistas já para 2020, é de que no mundo o número actual de pessoas com mais de 65 anos de idade duplique, sendo que para Portugal em 2030 duplicará o número actual de pessoas com mais de 80 anos.

De acordo com informação do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016, em Portugal, o índice de dependência de idosos aumentou de 24% para 27% e o índice de longevidade de 41% para 47%, entre 1999 e 2009. No mesmo período, a taxa de crescimento natural diminuiu de 0,07 para -0,05 e o índice sintético de fecundidade de 1,5 para 1,3. (Alto Comissariado para a Saúde, 2011b).

Podemos verificar no Perfil de Saúde da Região Alentejo em 2009, que o índice de envelhecimento no Continente era de 120,3, na Região de Saúde do Alentejo de 186,6 (o maior do Continente) e de 191,2 no Alentejo Litoral. A esperança de vida à nascença e aos 65 anos na Região de Saúde do Alentejo, tem aumentado acompanhando a evolução da esperança de vida no Continente, sendo respectivamente de 77,62 e de 77,88 anos no Alentejo Litoral, em 2008 (Administração Regional de Saúde do Alentejo I.P., 2010).

Consultando os resultados censitários provisórios para Portugal em 2011, a esperança de vida à nascença, situa-se agora nos 80,05 anos para as mulheres e nos 76,14 anos para os homens, sendo o índice de envelhecimento de 128,6. (INE, 2011).

Esta realidade, coloca quer aos governos, quer às famílias, quer à sociedade em geral, desafios para os quais não houve preparação.

“Hoje sabe-se através de estudos genéticos e de biologia molecular que o organismo humano começa a envelhecer no momento em que os pulmões do bebé entram em contacto com o oxigénio do ambiente”. (Saldanha, 2009, p. 11). Esse é o envelhecimento dito normal.

Caracteriza-se por transformações biológicas comuns a todas as pessoas e ocorrem com a idade, não sendo afectadas pela doença nem pelas interferências do ambiente.

Na verdade, são várias as correntes que defendem que o envelhecimento acontece desde que nascemos: as células degeneram e a cada dia acrescentam-se experiências e conhecimentos novos. O tempo passa por cada um de forma irreversível, desde o primeiro segundo de vida. Apesar disto, quando falamos em envelhecimento remetemos o nosso pensamento de imediato para uma fase específica do ciclo de vida: o que se segue à reforma. A entrada na reforma tem vindo a representar no ciclo de vida das pessoas, da história do século XX e XXI, a saída do mercado de trabalho e da participação activa na esfera pública

Este protocolo de passagem tem sido segundo Gaullier (1999), a tónica metafórica do início da velhice, como terminar a etapa escolar e iniciar-se no mundo do trabalho, tem sido o símbolo do começo da fase adulta, no ciclo de vida de cada um.

Nos nossos dias assistimos à mudança destes códigos simbólicos: não são os mesmos nem para a mudança da vida profissional para a reforma, nem à reforma se associa o que era tradicional. Das pessoas reformadas, espera-se cada vez mais, melhores condições de saúde. Numa fase em que a reforma se tornou um período mais longo, também por via do aumento da esperança média de vida, são múltiplos os incitamentos a que os mais velhos tenham participação activa em círculos de lazer, de voluntariado e mesmo no mercado de trabalho.

O rito da passagem à reforma sofreu francas mudanças decorrentes de negociações e decisões políticas. De acordo com Fernandes (2001), no final do século passado, muitas pessoas se reformaram com cerca de 57 anos de idade, com reforma antecipada, esperando-se agora e nos próximos anos, que a idade de reforma se possa estender aos 70 anos e mais.

A reforma, como refere Giddens (1997), pela ruptura com o mundo do trabalho, significa não só perder o emprego, mas também o contacto com os outros. Assim, o envelhecimento é marcado por uma alteração do estatuto do indivíduo, de produtivo para improdutivo, ou seja, de activo para inactivo, com possíveis consequências negativas nas práticas de sociabilidade.

Segundo Fernandes (2001), este é em parte, um ponto de vista incorrecto, pelo que, uma das maneiras de o ultrapassar será, naturalmente, optar por diferentes perspectivas, observando outros contornos da realidade.

É imprescindível que o idoso possa continuar a participar na sociedade de forma útil e que esse papel lhe seja atribuído e reconhecido. É importante que sinta que continua a fazer parte dela, intervindo e contribuindo para o seu desenvolvimento.

Integrar os vários domínios da vida pessoal e social, contrariando a tendência de uma visão redutora, ditada predominantemente pela vertente do emprego, é a proposta da OMS

com o conceito de envelhecimento activo: “ processo pelo qual se optimizam as oportunidades de bem-estar físico, social e mental durante toda a vida com o objectivo de aumentar a esperança de vida saudável, a produtividade e a qualidade de vida na velhice” (Organização Mundial de Saúde, 2005, p.13). Neste conceito, o termo activo, significa participar nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e cívicas e não apenas que o indivíduo seja capaz de ser fisicamente activo, ou de fazer parte do mundo do trabalho.

Esta nova preposição da Organização Mundial de Saúde (OMS) adoptada no final dos anos 90, pode aplicar-se tanto às pessoas como a grupos populacionais e procura transmitir uma mensagem mais abrangente do que envelhecimento saudável, reconhecendo que além dos cuidados com a saúde, há múltiplos factores que afectam o modo como as pessoas e as populações envelhecem. No entender de Fernández-Ballesteros (2002), este é um conceito inovador que reflecte a importância que detêm os factores psicológicos e sociais, na formulação das abordagens desenhadas como promotoras da adaptação ao envelhecimento, já que os estilos de vida e o autocuidado, entre outros agentes, podem influenciar e determinar a aquisição de um maior bem-estar.

Aceite como um processo efectivo de activação dos mais velhos, integra a promoção da sua participação nas mais variadas vertentes da vida pessoal (por exemplo ser avós) e de cidadania (se pensarmos no voluntariado), contemplando o respeito pelas preferências e capacidades de cada um, designadamente a sua vontade de não participar.

Os alicerces onde assenta o conceito de envelhecimento activo são, no dizer de Paúl (2010), a participação social, a saúde e a segurança e os determinantes de natureza pessoal, comportamental, económica, de meio físico, social e de saúde e serviços sociais.

Nesse sentido, dá-se às pessoas a possibilidade de perceberem o seu potencial para o bem-estar ao longo da vida, participando na sociedade de acordo com as suas necessidades, anseios e competências, garantindo-lhes em simultâneo protecção apropriada, segurança e cuidados quando precisam. Implicitamente há que optimizar as conjunturas favoráveis à saúde, permitindo que as pessoas mais velhas possam ter um papel activo na sociedade, sem discriminação e usufruindo de uma vida com qualidade.

Convém sublinhar nesta fase, que por ser um conceito dinâmico e abrangente adaptado à idade, à cultura e ao meio ambiente, implicando a responsabilidade individual, adoptámos a definição de saúde, proposta no PNS 2011-2016: “Saúde é um estado dinâmico de bem-estar caracterizado pelo potencial físico, mental e social que satisfaz as necessidades vitais de acordo com a idade, cultura e responsabilidade pessoal ”(Bircher, J., citado em Alto Comissariado para a Saúde, 2011a,p.9). Aqui, a saúde é vista como um expediente ou

instrumento para atingir objectivos de vida ao longo de todas as etapas da mesma e, não tanto, como meta a atingir.

Na Decisão nº 940/2011, de 14 de Setembro, o Parlamento Europeu e o Conselho da União Europeia, considerando a proposta da Comissão Europeia, decidiram designar o ano de 2012 de “Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre Gerações”, que deverá promover a vitalidade e a dignidade de todas e de todos. Em resposta a esta decisão, Portugal alinou-se com o desafio e estabeleceu o enquadramento e princípios operacionais para o nosso país, na Resolução do Conselho de Ministros nº 61/2011, de 22 de Dezembro. Para o Ano Europeu nacional elegeram-se como áreas centrais de acção o emprego (trabalho e aprendizagem ao longo da vida), participação na sociedade (solidariedade e diálogo inter-relacional, voluntariado e participação cívica) e vida autónoma (saúde, bem-estar e condições de vida). (Portugal Ministério da Saúde, 2011)

Em comunicado de imprensa a Comissão Europeia (2012), reconheceu mais uma vez, o envelhecimento demográfico como um dos grandes desafios com que a sociedade se confronta na actualidade, o que exige um esforço de inovação mais concertado dos vários sectores sociais e propôs uma acção decisiva, aprovando um Plano de Acção de quatro anos de Parceria Europeia de Inovação para o Envelhecimento Activo e Saudável: um projecto-piloto lançado em Fevereiro de 2011. Esta parceria, segue uma nova abordagem no que respeita a cadeia de investigação-desenvolvimento-inovação na expectativa de obter resultados dentro de 1 a 3 anos. Neste comunicado o Comissário responsável pela Política da Saúde e dos Consumidores, John Dalli, sublinhou que para os sistemas de saúde e para os cidadãos é fundamental o envelhecimento activo. No mesmo documento a Vice-Presidente Neelie Kroes declarou que a referida parceria contribuirá para melhorar a saúde e a qualidade de vida dos idosos, assegurando a longo prazo que os sistemas de cuidados de saúde sejam sustentáveis.

Viver o envelhecimento encarando-o com optimismo e como oportunidade, é a filosofia que defendemos para o projecto que delineámos, colaborando no desmontar de ideias negativas, de que ser velho hoje é um peso, num mundo que elogia o belo, o jovem e os que se mantêm produtivos economicamente.

Como é referido pela DGS (2004), a saúde é resultado de experiências passadas em termos de estilos de vida, de exposição a ambientes e dos cuidados de saúde. É grandemente influenciada pela capacidade do idoso se manter independente e autónomo. A manutenção desta independência deve ser um objectivo individual mas, ao mesmo tempo, uma responsabilidade colectiva.

## **1.2 - ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

Para a OMS (2005), enquanto acontece o envelhecimento da população há que saber encontrar nas políticas de saúde um equilíbrio entre o autocuidado, das pessoas que cuidam de si mesmas, o apoio informal, se se é cuidado por familiares e vizinhos e o cuidado formal, prestado pelos serviços sociais e de saúde.

No Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros Portugueses, no ponto 1 do artigo 4º, Enfermagem:

é uma profissão que na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo de todo o seu ciclo vital, e aos grupos sociais em que está integrado, para que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível (Portugal, Ministério da Saúde, 1996, p.3)

Na nossa prática, temos constatado ao longo do exercício profissional, que cada vez mais as pessoas estão informadas e são estimuladas a mobilizar e usar os seus saberes para escolher atitudes que lhes aumentem as capacidades e a por em cursos actividades que melhorem a própria saúde, a das suas famílias e a da comunidade.

Dessa forma, também o desenvolvimento do corpo de conhecimentos que alimenta a prática se construiu reagindo a esse desafio, com grande contributo dos enfermeiros especialistas, que pela via da formação adquiriram competências científicas, técnicas e relacionais colocadas ao serviço das boas práticas.

Neste sentido, o papel da enfermagem comunitária tem evoluído ao longo do tempo, procurando adaptação e maior eficácia na resposta aos problemas de saúde mais prevalentes. Esta evolução é condicionada favoravelmente, pelo fomento das actividades autónomas e pela capacidade que detemos para intervir nos problemas e tomar decisões no domínio de cada especialidade. Dar resposta a necessidades de saúde em enfermagem comunitária, num sistema em permanente evolução, exige dos profissionais uma atitude de aprendizagem permanente e visão de futuro, para melhor identificação das áreas de actuação e planeamento das intervenções. É possível ser-se eficaz se se compreenderem conceitos de saúde pública, o sistema de cuidados, os recursos disponíveis, os papéis e responsabilidades dos vários profissionais de saúde, a utilidade da orientação para a promoção da saúde e prevenção da doença e a necessidade de envolver em todo o processo de planeamento, os parceiros comunitários e os receptores dos cuidados.

Corroborando de certa forma estas premissas, a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010b), declara no Regulamento das Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em



Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que esta área de especialidade desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. O regulamento refere ainda, que pelas competências adquiridas, estes especialistas podem participar na avaliação das múltiplas causas e nas tomadas de decisão sobre problemas de saúde pública e no desenho e operacionalização de intervenções com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades, concretizando projectos de saúde colectiva e de cidadania.

Como competências específicas dos enfermeiros especialistas de saúde comunitária destacamos: “Estabelece com base na metodologia do planeamento em saúde a avaliação do estado de saúde de uma comunidade (...) contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades, com vista à consecução de projectos de saúde colectivos” (OE, 2010b, p.3)

A necessidade de nos focarmos na promoção da saúde, nos estilos de vida e na prevenção da doença, tem como alvo principal o desenvolvimento de comunidades saudáveis. Como salientam Stanhope e Lancaster (1999), as estratégias mais eficazes para atingir esses objectivos, desenvolvem-se estabelecendo parcerias entre organizações, profissionais e utentes.

Por outro lado, numa perspectiva ético legal, o Código Deontológico dos Enfermeiros, artigo 80º, faz referência ao dever do enfermeiro para com a comunidade quanto a:

Conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido;  
Participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detectados; Colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade. (OE, 2003a, p.2-3)

Contudo, como nem todas as pessoas sabem como, ou podem sempre maximizar o seu estado de saúde, é um desafio para a enfermagem ser promotora da mudança necessária.

Assim, a educação para a saúde tem vindo, progressivamente a tornar-se central nas práticas de enfermagem, podendo ser desenvolvida em diferentes contextos e principalmente na área dos cuidados de saúde primários. Isso exige como sabemos, o desenvolvimento de competências apropriadas nas diferentes fases da vida das pessoas que cuidamos ou dos grupos no seu contexto. Não cuidamos da mesma forma um recém-nascido ou o seu avô. Também não o fazemos seguramente da mesma forma se a intervenção se dirige aos trabalhadores de uma fábrica ou a uma turma numa escola básica. Esta especificidade das intervenções de enfermagem, impõe uma permanente actualização de saberes e habilidades que ao mesmo tempo que nos permitem acompanhar a evolução técnica e científica, nos proporcionam um entendimento profundo das respostas humanas, as circunstâncias que as envolvem e os diferentes contextos de vida. Os enfermeiros na comunidade têm por tradição

uma relação de proximidade com as pessoas favorecedora dos cuidados. É cada vez mais importante que investiguem e documentem, projectos de melhoria na saúde da comunidade.

Desde Florence Nightingale os enfermeiros têm construído a sua história como educadores para a saúde nas comunidades, quer pela formação, quer pela prática dos cuidados de forma integrada e transversal a todas as etapas do ciclo de vida.

Segundo Phaneuf (2001), desde o início do século, os enfermeiros no desempenho profissional, ensinam a pessoa, sendo esta uma função que se torna imprescindível perante as transformações da concepção de saúde e da organização dos cuidados, concluindo que a educação não é uma livre escolha do enfermeiro, mas uma obrigação profissional ligada à qualidade e à responsabilidade dos cuidados.

Verificamos desta forma, que a promoção da saúde é parte integrante da profissão de enfermagem, através da educação, considerando sempre a pessoa no centro dos cuidados.

Rodrigues (2005), em consonância com essa convicção, refere que os enfermeiros são historicamente educadores de direito próprio, sendo que perante as grandes questões de saúde do século XXI, devem ser ouvidos na discussão sobre estratégias de intervenção

A educação para a saúde tornou-se tão importante para o cumprimento dos objectivos da pessoa, que é alvo de leis e regulamentos que regem a profissão de enfermagem. Na consulta dos Padrões de qualidade, nos enunciados descritivos da OE (2001), aclaramos a natureza do mandato social da profissão de enfermagem e a missão educativa dos enfermeiros, seja na dimensão promoção da saúde, seja na dimensão da readaptação funcional. Desta forma, num contexto de procura contínua da excelência no exercício, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançar o potencial de saúde máximo. Nos enunciados consideram-se como elementos estruturantes da promoção da saúde, entre outros:

- a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade; -a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados; - a promoção do potencial de saúde do cliente através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e de desenvolvimento; - o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente (OE, 2001 p.12).

Desde Hipócrates, a competência da pessoa para se cuidar e a interferência do meio nesse percurso, é um alvo de reflexão. Aqui nasceu o conceito de autocuidado, estudado por vários investigadores que reconhecem que as pessoas e as comunidades criaram estratégias promotoras de segurança, de bem-estar. De acordo com esta perspectiva, e porque o nosso projecto visa a capacitação e se estrutura na educação para o autocuidado, optamos por enquadrá-lo no modelo teórico de enfermagem de Dorothea Orem (1993). Nele se advoga que

todas as pessoas adultas têm competência para se auto cuidar, aprendendo esta actividade através das relações interpessoais e da comunicação, desde que isso não seja superior à sua capacidade para tal. O autocuidado surge como o desempenho das actividades que as pessoas desempenham para manter a vida ou promovê-la, bem como à saúde e ao bem-estar.

Do ponto de vista de enfermagem, o autocuidado pode acentuar a responsabilidade comunitária e a mudança social.

Orem (1993), apresenta uma teoria na qual o enfermeiro perante a pessoa incapaz ou limitada na satisfação do seu autocuidado, planeia e implementa um conjunto de intervenções visando cuidar da pessoa com diferentes graus de dependência e promover o seu autocuidado. A mesma autora, define autocuidado como “o cuidado pessoal que os indivíduos necessitam a cada dia, de forma a regular o seu próprio funcionamento” (p. 8).

Visto como um fenómeno de saúde e foco da prática de enfermagem, o autocuidado é referido como “uma actividade executada pelo próprio, com as características específicas: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária”. (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006, p.46). Na realidade, Orem (1993), desenvolveu a teoria de enfermagem do *deficit* de autocuidado, a qual é composta por três teorias inter-relacionadas: a teoria do autocuidado, a teoria do *deficit* de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem. A teoria do *deficit* de autocuidado é a essência da teoria geral de enfermagem. A enfermagem impõe-se quando os indivíduos necessitam de incorporar medidas de autocuidado recentemente prescritas e complexas ao seu sistema de autocuidado, cuja realização exige conhecimento e habilidade especializados, adquiridos através de treino e experiência, ou quando o indivíduo necessita de ajuda para se recuperar da doença ou da lesão, ou para enfrentar os seus efeitos (1993, p 174).

Para Orem (1993), os enfermeiros tem ainda a competência para prever um *deficit* devido à redução nas habilidades de autocuidado ou ao acréscimo em número e em qualidade da procura de cuidados, ou a ambos. Esta mesma autora, identificou três classificações de sistemas de enfermagem para poder satisfazer os requisitos de autocuidado da pessoa. Sugere o sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório e o de apoio e educação. No sistema totalmente compensatório as pessoas manifestam limitações que as tornam socialmente dependentes de outros para continuar a sua existência e o seu bem-estar. No sistema parcialmente compensatório, tanto a enfermeira como a pessoa cuidada realizam as intervenções e acções, envolvendo as tarefas de manipulação ou a deambulação. No que se refere ao sistema de apoio - educação, a pessoa desempenha o seu autocuidado, sem necessitar de auxílio, mas necessitando aprender a executar através de orientação. O papel de

enfermagem, é pois o de promover a pessoa como um agente de autocuidado, fomentando a tomada de decisão, o controle do comportamento e a aquisição de conhecimento e habilidades. Considerando a teoria dos sistemas de enfermagem, desta teórica, o enfermeiro intervém no autocuidado da pessoa utilizando o sistema de apoio e de educação. Enquanto prática contínua e global, a enfermagem comunitária dirige-se a todos os grupos etários, numa gama de locais diversos, incluindo educação, manutenção e recuperação da saúde, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados, num enquadramento científico.

Como tal, é importante que os enfermeiros de saúde comunitária sintam a educação para a saúde como algo indissociável do seu mandato social e que a promovam dirigindo-a para a capacitação das pessoas, humanização dos cuidados e valorização da cidadania, na construção da autonomia das comunidades. Que fiquem atentos e avaliem se as suas acções se adequam à realidade social, económica e cultural dos indivíduos, pela consciência do evidente esgotamento das dinâmicas basicamente curativas e frequentemente pouco decisivas, numa atitude que cada vez mais se impõe: a parceria.

Pode caber ao enfermeiro especialista em saúde comunitária, o papel de profissional de referência na comunidade, para assegurar o contínuo de intervenções no que respeita à promoção de estilos de vida saudáveis. Essa missão, deve estruturar-se em parceria com os outros intervenientes na comunidade. Conhecer a fundo a comunidade e as formas como esta se articula, é um requisito básico ao êxito da intervenção comunitária, alicerçada nas necessidades sensíveis aos cuidados de enfermagem e conduzida, num processo que sendo de transição, visa os ganhos em saúde enquanto objectivo major.

Como salienta Wilson (2011), a transição remete para mudança significativa no estado de saúde, já que a mudança de processos e desempenhos em resultado de estímulos e de novos saberes, poderá levar a alterações nos comportamentos e no autoconceito da pessoa, enquanto ser social. Os diversos estudos realizados por investigadores de enfermagem recomendam considerar nestes processos de transição, a forma como as pessoas encaram os seus percursos de vida e a maneira como mobilizaram as respostas humanas, com vista à adaptação.

Monreal, del Valle e Serda (2009), defendem nos seus estudos que sem conhecer as dinâmicas locais e as suas políticas concretas, os profissionais encontrarão mais dificuldades em valorizar não só o modelo de intervenção mais adaptado, mas também em identificar qual a melhor forma de captar apoio e recursos locais.

### 1.3 - PARCERIAS

Apesar de não existir uma definição única para parceria, surge com alguma consistência, a ideia de um estilo de trabalho que visa promover a partilha continuada de informação para benefícios mútuos, através da conjugação de esforços para resolver problemas comuns, em contextos onde os membros são considerados como partes integrantes de uma rede, com níveis semelhantes de poder e em que os papéis e funções específicas, são acordados entre os parceiros.

Surgiram nos últimos vinte anos do século vinte, publicações diversas como resultado de trabalhos de investigação, construção de guias orientadores e narrativas de sucesso que documentam numa grande variedade de contextos, a importância de parcerias e outros formatos de colaboração, em pequena e grande escala, dos grupos de vizinhança a esforços internacionais.

O conceito de parceria segundo Castells (2002), enquadra-se na problemática das redes, razão pela qual começamos por analisar o conceito de rede. A rede constitui uma articulação de nós, através de um certo número de ligações. " A distância, ou intensidade e frequência da interacção entre dois pontos, ou posições sociais é menor, ou mais frequente, ou mais intensa se ambos os pontos forem nós de uma rede do que se não lhe pertencerem". (2002, p. 606).

As redes reflectem as relações hierárquicas, dependências, ligações fortes e fracas, no entanto os nós da rede não têm as mesmas posições em termos de poder, pois alguns deles tem papéis privilegiados, enquanto outros tem posições secundárias.

Na realidade as redes implicam uma pluralidade de uniões e trajectos alternativos, com o intuito de reforçar o poder de ligação e incluir regras e actores que asseguram o funcionamento da estrutura, de fontes de informação e conhecimento, recursos financeiros, logísticos e humanos e condições específicas, técnicas, económicas, sociais, políticas e ambientais. Uma rede real é definida por ligações técnicas e um conjunto de regras e normas, que favorecem as iniciativas dos actores para estabelecer relações específicas que se podem alterar ao longo do tempo.

Assim, em nosso entender e porque é aplicável na nossa realidade, a parceria constitui uma forma de trabalho que possibilita a dinamização da rede local, para promoção potencial efectiva de objectivos comuns. O conceito de parceria permite aprofundar a abordagem em rede na medida em que centra a atenção em pressupostos - chave na relação entre actores, que têm tradução nas dinâmicas locais subjacentes a determinado projecto. A relação que se

estabelece pode envolver múltiplos parceiros, com interesses diversos na realização do projecto em causa.

Como finalidade essencial sublinhamos o acréscimo de eficiência na afectação de recursos e a melhoria qualitativa e quantitativa do serviço, sendo aplicável a projectos cujo desenvolvimento requer da parte dos parceiros, elevada capacidade técnica e de gestão de recursos e a manutenção de condições de sustentabilidade adequadas durante a execução do projecto.

Uma parceria pressupõe uma clara enunciação dos objectivos, a definição dos resultados pretendidos, uma adequada atribuição das responsabilidades das partes, formas de alcançar os mesmos fins e o grau de risco em que incorrem. A busca metódica de estratégias inovadoras para superar obstáculos de operacionalização de mais adequadas políticas sociais envolvendo o cidadão e privilegiando a articulação dos serviços na comunidade, como resposta a problemas sociais emergentes e complexos, incrementou um crescente interesse sobre os processos e os resultados do funcionamento das parcerias.

No entender de Sakellarides (2009), para inovar é fundamental vencer antigas barreiras e substituí-las por pontes, entre realidades que no passado conviveram em confronto.

Inovação em saúde é um processo criativo que transforma um intangível – o conhecimento – em produtos, processos e procedimentos tangíveis, e que ao fazê-lo cria valor simultaneamente em três domínios distintos: na saúde (melhor saúde, maior qualidade nos cuidados de saúde), na economia (a partir do sistema de saúde), e na qualidade das relações entre os diferentes actores sociais na saúde (capacitando e ouvindo melhor o cidadão cliente). (p.92)

Uma parceria, constitui um meio particular para mobilizar recursos locais (Kretzman & McKnight, 1993) e para resolver problemas, pois orienta-se para a acção.

Como defendem alguns investigadores, acreditamos que as parcerias contribuem para melhorar a comunicação entre organizações na comunidade (Abbot, Jordan, & Murtaza, 1995), preenchendo um papel valioso, de estímulo às trocas entre organizações e ao desenvolvimento de sistemas integrados de prestação de serviços. Elas evoluem num contexto de participação cívica, como se pretende no desenvolvimento de comunidades mais saudáveis e existem, não raras vezes, parcerias pelos esforços de colaboração entre indivíduos, grupos, organizações ou comunidades (Wolf, 2001), pelo descobrir de uma utilidade, uma vontade, um propósito em comum, ou de que são capazes de estabelecer um conjunto comum de objectivos.

A duração das parcerias pode variar variando entre as temporárias, que focam assuntos muito concretos e as estruturas organizadas para serem sustentáveis no tempo, compreendendo um desígnio de desenvolvimento comunitário abrangente, como no caso das Redes Sociais. Para além das parcerias que integram elementos-chave, indivíduos, organizações ou grupos com problemas comuns, à volta dos quais se organizam espontaneamente, encontramos actualmente outras que se podem encarar como propostas pela lei, em áreas como a saúde pública e a segurança social, ou em resultado de mandatos específicos de redes sociais formais, impulsionadoras de intervenções de natureza preventiva, com respostas de proximidade e articulação de base local e comunitária. Deste modo, parcerias são estruturas que nascem em função de domínios e contextos concretos, focando objectivos que vão além da estrutura criada. Assentam usualmente numa estratégia que coordena respostas comunitárias para problemas sociais complexos (Chavis, 1995).

São disso exemplo, os esforços para a prevenção e suporte dirigidos a crianças e jovens em situação de risco e/ou perigo, as determinações na violência doméstica, as respostas a situações de consumos abusivos, pessoas em situação de pobreza extrema, sem abrigo ou isolamento social, ou ainda situações que decorrem de problemáticas sociais associadas ao envelhecimento. Estas, como outras, implementadas no decurso das duas últimas décadas, visam promover a coesão social e reúnem diferentes sectores da sociedade, serviços públicos e organizações da sociedade civil, que congregam esforços para prosseguir objectivos construtivos comuns.

Outro conceito valioso para o entendimento do sentido actual de parceria comunitária na realidade social e política, é o de *empowerment*. Embora sejam variadas as definições que encontramos, há algum consenso quanto à sua conceptualização, enquanto processo pelo qual os indivíduos, os grupos, as organizações e as comunidades podem conduzir as suas próprias vidas numa perspectiva de mudança dos contextos sociais e políticos onde se encontram, no sentido de melhorar a equidade e a qualidade de vida.

Há pois alguma analogia entre os conceitos de parceria e de *empowerment*, podendo esta competência ser alcançada quando diferentes sectores da comunidade contribuem para identificar as suas necessidades, obtêm consenso em relação aos objectivos e prioridades e acordam sobre os meios para os atingir, em colaboração efectiva.

De resto, esta é como sabemos uma forte recomendação estratégica por parte da OMS, que nas últimas décadas, desde Alma Ata, sublinha o assunto em diversas conferências mundiais.

É com base nestas premissas que pretendemos desenvolver este projecto.

Como podemos ler na introdução ao PNSPI, torna-se cada vez mais essencial, olhar o envelhecimento não como um problema, mas como uma parte natural do ciclo de vida e uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma, o maior tempo possível. Tal implica uma actuação integrada, acompanhada de mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais não só de saúde, mas de outras áreas de intervenção social. Em simultâneo, há que adequar os serviços de saúde e de apoio social à nova realidade social e familiar que acompanha o envelhecimento individual e demográfico e ajustar o ambiente às fragilidades que com frequência acompanham a idade avançada (DGS, 2004).

Ao sector da Saúde é impossível enfrentar sozinho os diversos determinantes da saúde - biológicos, estilos de vida, redes sociais e comunitárias, condições de vida, de trabalho, socioeconómicas, culturais e ambientais, sendo a intervenção desenvolvida claramente insuficiente até ao momento. Contudo como refere o PNS em Estratégias para a Saúde, verifica-se uma preocupação crescente noutros sectores sociais, com responsabilidade directa no problema e com quem a saúde deve aliar-se. (Alto Comissariado para a Saúde, 2010a).

De acordo com a DGS (2004), promover um envelhecimento saudável compete sem dúvida à saúde, mas envolve o planeamento e desenvolvimento rural e urbano, a habitação, a educação, a segurança social, o emprego e a formação profissional, a economia, a justiça, os transportes, o turismo, as novas tecnologias, a cultura e os valores que cada cidadão persegue e que cada sociedade defende.

O Modelo Conceptual do novo PNS, incorpora uma excelente oportunidade para se iniciar uma diferente abordagem no planeamento e operacionalização das políticas de saúde em Portugal. A nível local, a aplicação dos princípios aí veiculados, adivinha-se fundamental para o êxito dos objectivos definidos, baseando-se as estratégias em envolvimento e participação activa dos vários actores sociais relevantes na comunidade, como são as autarquias, a segurança social, as escolas, ou as instituições particulares de solidariedade social, entre outros. Desenvolver estratégias locais de forma articulada e complementar em resposta a necessidades de saúde identificadas em proximidade, poderá constituir a resposta mais adequada para a dinamização de parcerias entre profissionais de saúde e outros actores sociais. Este processo que se afigura em simultâneo promotor da rentabilização dos recursos cada vez mais escassos, da mobilização e co-responsabilização social na obtenção de ganhos em saúde, como é explicitado no PNS, pode claramente basear-se em processos liderados pela saúde e de forma sustentada. (Alto Comissariado para a Saúde, 2010 c).

Por outro lado, é sobejamente sublinhado no PNSPI, que do ponto de vista da colectividade, sendo o envelhecimento um fenómeno que diz respeito a todos os seres



humanos, implica necessariamente todos os sectores sociais, exigindo a sua intervenção e co-responsabilização na promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas. (DGS, 2004).

Parcerias locais sustentadas, entre a saúde e os mais significativos actores a nível social e económico, são ingredientes essenciais para melhorar as estratégias de saúde.

Este leque de conceitos-chave permite enquadrar as parcerias ou coligações como percursos complexos de colaboração. São esforços de conjugação profundamente ligados aos pilares onde assenta a organização democrática, sobretudo no que concerne as liberdades de pensamento, de iniciativa e de acção orientadas para a melhoria de contextos concretos. Estão expostas, por um lado, às potencialidades e vicissitudes dos contextos e, por outro, às características e capacidades dos seus membros. É esta diversidade que contribui decisivamente para a complexidade das formas articuladas de intervenção na comunidade e das respostas para os problemas sociais contemporâneos.

Os resultados comunitários ou de mudança de sistemas, incluem resultados alargados junto da população, nomeadamente em índices de saúde, alterações produzidas nos espaços físicos em resultado das mudanças produzidas em regulamentos, políticas ou práticas. O objectivo final é obter mudanças que tenham como resultado ambientes físicos e sociais mais saudáveis. As políticas públicas podem ser acerca de normas para a resolução de divergências ou conflitos na comunidade, no sentido de aumentar o sentimento de comunidade; os ambientes físicos podem também ser transformados através do trabalho em parceria, por exemplo, contribuindo para o aumento da segurança nos espaços públicos de recreio ou lazer, na criação de circuitos pedestres ou de ciclo vias, entre muitos outros, nomeadamente relacionados com as questões de redução da negligência e abuso de crianças, jovens ou idosos e sobreviventes de violência doméstica.

No que concerne à avaliação associada aos programas e intervenções, esta centra-se nas acções que conduzam a produtos relacionados com o desígnio ou propósito da parceria ou coligação. As actividades desenvolvidas podem ser em áreas como a formação, informação/sensibilização, defesa pública de uma causa, a implementação de um programa de prevenção ou intervenção. Estas actividades dependem da disponibilidade e apropriação dos recursos, um plano de acção temporizado, bem como de um contexto social e político favorável. É relevante enfatizar que o propósito da avaliação não é somente comprovar se um programa resulta, mas também demonstrar como podem as iniciativas ser melhoradas ou ajustadas ao contexto local.

#### **1.4 - CAPACITAÇÃO**

A evolução demográfica que temos vindo a referir, deve ser enfrentada como uma oportunidade, que pode originar resoluções inovadoras para muitos dos actuais desafios de natureza económica e social. Isso imporá uma nova avaliação e reformulação de várias políticas económicas e sociais dentro da sociedade.

O fenómeno do envelhecimento, enquanto fenómeno global, tem evoluído de tal forma e com tantas consequências nas estruturas sociais, nomeadamente no sector da saúde, que a OMS, (2005), apela à emergência de se encontrarem novas estratégias de resposta.

Como sublinha Paúl (2005), nomeadamente as doenças próprias do envelhecimento, vão adquirindo maior expressão no conjunto da sociedade, com um consequente aumento do consumo de recursos de saúde, ao nível da prestação de cuidados.

Para Ramos (2003), este aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes geraram a necessidade de mudar de paradigma na saúde, pois para além da presença ou ausência de doença, há que preservar a capacidade funcional. O autor sublinha que a falta de acompanhamento e tratamento adequado da doença, compromete a independência e a autonomia do indivíduo.

Os factores que podem decidir um envelhecimento saudável, conservando a capacidade funcional, constituem a base das novas propostas para a saúde pública, apostando na prevenção e promoção da saúde.

O conceito de envelhecimento saudável, na perspectiva de Ramos (2003), resulta da interacção entre as várias dimensões da saúde (mental, física e social), com o suporte familiar, a independência económica e a integração social. Já Fonseca (2004), salienta que pela grande heterogeneidade entre os idosos, existe necessidade de criar modelos assistenciais diversos, sendo que os estilos de vida representam um foco essencial neste processo e que pode influenciar positiva ou negativamente a qualidade de vida, o que no caso dos idosos, pode acarretar situações mais gravosas num período que é habitualmente de mais perdas.

Sendo a Saúde um recurso do ciclo de vida, Navarro (2000), sublinha a evolução na redefinição conceptual da promoção da saúde, no sentido de uma definição mais abrangente e positiva, em que a saúde é uma preocupação central, onde salienta a capacitação pessoal para decidir em favor da própria saúde.

Os novos desafios de saúde pública, têm pois que mobilizar mecanismos apropriados de actuação, seja no que toca à capacidade física das pessoas, seja no que toca ao bem-estar de natureza multidimensional.

Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui assim hoje, um desafio à responsabilidade individual e colectiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países. (DGS, 2004).

A importância deste fenómeno, bem como as estratégias de intervenção recomendadas, são de resto enfatizadas pela União Europeia, ao declarar o ano 2012 como o Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre as Gerações. Como referimos anteriormente, nessa deliberação reforça-se que pelo aumento crescente de pessoas idosas, acompanhado do aumento de doenças crónicas, é primordial a promoção do envelhecimento saudável, protegendo a vida e dignidade da pessoa, particularmente na garantia de acesso à saúde e a serviços sociais, através de actividades de prevenção de riscos para a saúde, relacionados com o envelhecimento. Sublinha-se também, que o envelhecimento saudável pode concorrer para uma maior participação no mercado de trabalho, conservando por mais tempo actividade social e melhor qualidade de vida, podendo essa filosofia reduzir a tensão sobre os sistemas de saúde, social e de pensões.

Stanhope e Lancaster (1999), destacam o dever dos enfermeiros no sentido de ajudar todos os grupos vulneráveis a adquirirem capacitação pessoal, pois as pessoas que se sentem capacitadas têm maiores probabilidades de tomar decisões autónomas e melhorar o seu estado de saúde.

As questões que se colocam, impõem assim, encarar o envelhecimento ao longo da vida, assumindo uma perspectiva de prevenção da doença e das suas complicações e incapacidades e de promoção da saúde e da autonomia, investindo na capacitação, no que toca aos determinantes de saúde e suas interacções, aos factores protectores e de segurança, assegurando a manutenção da participação social. Tão ou mais importante é a recuperação precoce e harmonizada com as necessidades individuais e familiares, numa responsabilidade partilhada com a comunidade, de forma que se potencie os recursos disponíveis, em cuidados de proximidade com as pessoas. Como defende a OMS (2005), as políticas e programas de promoção da saúde que previnem doenças crónicas e diminuem o grau de incapacidade entre cidadãos idosos permitem que vivam de forma independente por mais tempo.

A situação portuguesa, como refere a DGS (2004) fica, ainda abaixo do padrão médio europeu, sendo que a fase final da vida é frequentemente caracterizada por situações de fragilidade e incapacidade passíveis de prevenção, em grande número de casos.

Alguns desses factores de risco, como a pluripatologia com cronicidade, a polimedicação, as alterações da estrutura familiar, o luto, o isolamento social, a insuficiência económica, as inadequações do meio físico, os acidentes domésticos e de viação e os internamentos institucionais), são importantes condicionantes da saúde, da autonomia e da

independência, balizando negativamente a qualidade de vida e do padrão que se pode alcançar.

Estes determinantes devem ser analisados tendo em conta o género e cultura dos indivíduos (Paúl, 2005).

É pois obrigatória, uma avaliação e acção multidisciplinares, de âmbito nacional, regional e local, assentes no trabalho em equipa.

Facultar informação sobre os condicionantes mais prevalentes e o modo de os controlar, é elementar à capacitação das pessoas idosas para poderem gerir a evolução e prevenir o aparecimento de complicações da doença. Semelhante importância é dada, à necessidade de promover oportunidades acessíveis a todos, não só ao nível dos custos, mas também ao nível da satisfação daqueles que as procuram e se querem manter activos. Educá-los, durante o processo de envelhecimento, representa também uma necessidade deveras importante. (Pinto, Fernandes & Botelho, 2007).

Com efeito, como assinala a DGS (2004), muitas doenças e acidentes não sendo fatais, nem determinados pela idade, originam deficiência e incapacidade, com consequências psicológicas na fragilidade, insegurança e, bem assim, de perda de autonomia e independência.

De acordo com a OMS (2005), a despesa pública crescente com cuidados médicos, segundo a informação disponível, mostra que a velhice em si não está associada a esse aumento. O que aumenta os gastos são as deficiências e a saúde precária, habitualmente associadas à velhice. É provável que se as pessoas envelhecerem com melhor saúde, os gastos não aumentem de forma tão rápida. Desse ponto de vista, quando os factores de risco comportamentais e ambientais para a doença crónica e para o declínio funcional se mantêm baixos e os factores de protecção altos, as pessoas usufruem de maior quantidade e melhor qualidade de vida, mantendo-se saudáveis e competentes para cuidar da própria vida, enquanto envelhecem, sendo poucos os idosos que precisam cuidados onerosos.

Ao mesmo tempo, é sobejamente reconhecido nos meios científicos que problemas de saúde relacionados com os estilos de vida e com o ambiente menos bons, são motivo de incremento de morbilidade, mortalidade, custos suplementares e diminuição da qualidade de vida. Os estilos de vida têm por um lado, uma grande resistência à mudança e, por outro, uma importante capacidade preditiva do que virá a ser a velhice (Monreal, Del Valle & Serda, 2009).

Assim, sejam resultado de opções pessoais, ou de riscos ambientais, os factores desencadeantes das ameaças ao envelhecimento activo, requerem atenção que possibilite interromper ou minimizar esse desígnio.

Para a OMS (2005), adoptar estilos de vida saudáveis e participar activamente no cuidado da própria saúde, são comportamentos decisivos em todo o ciclo de vida. Pensar que é tarde demais para essa atitude nos últimos anos de vida, é um dos mitos do envelhecimento. O defendido por esta organização é ao contrário, a adesão a actividade física apropriada, a alimentação equilibrada, a abstinência do tabaco e álcool, ao uso de medicamentos prudentemente, o que pode prevenir doenças, retardar o declínio funcional, aumentando a longevidade com qualidade.

Faz-nos agora todo o sentido clarificar a importância, e o que se entende por capacitação.

O processo de capacitação como hoje o concebemos, recebeu por via da OMS no decurso das últimas décadas, contributos favoráveis à sua ampliação e ao reconhecimento inequívoco da sua importância, que nos é indispensável relembrar. Na Declaração de Alma Ata (1978), os CSP são reconhecidos como promotores da autoconfiança e da participação dos indivíduos e comunidade em todo o processo de cuidados e em todas as fases que lhe são inerentes, e mobilizando plenamente os recursos disponíveis, desenvolvem a capacidade de participação das comunidades, com base na educação apropriada; na Carta de *Otawa* (1986, p. 1), é definido o conceito de Promoção da Saúde como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar”. Neste documento pode ler-se que a promoção da saúde visa diminuir desigualdades nos estados de saúde entre as pessoas, garantir-lhes iguais oportunidades e meios, visando a capacitação, para uma execução integral do seu potencial de saúde. Salienta-se como necessidade para alcançar esse fim, a inserção num meio propício, informação adequada, e uma conjuntura favorável que possibilite optar por estilos de vida saudáveis. Nas recomendações de Adelaide (em 1988), reaviva-se mais uma vez o espírito da carta de *Otawa*, aludindo-se às cinco áreas de acção aí previstas para a promoção da saúde e, entre elas, o desenvolvimento de competências pessoais. Na Declaração de *Sundsvall* (1991), a tónica volta a ser colocada no ensino das comunidades e dos indivíduos, no controle da sua saúde e do ambiente pelo recurso à educação e capacitação, surgindo agora como sinónimo de capacitação, o conceito de *empowerment*. Em *Sundsvall*, a capacitação e a participação, aparecem como condições fundamentais na estratégia de promoção da saúde e como motor de autoconfiança e de desenvolvimento. Na Declaração de Jacarta (1997), afirma-se que a capacitação das pessoas requer participação efectiva nos processos de decisão, bem como obtenção de competências e saberes para mudanças reais. Mais tarde, na Carta de Banguecoque (2005), a promoção da saúde aparece como um processo de capacitação das pessoas que lhes permite melhorar a saúde pelo controle dos seus determinantes.

Por tudo isso, é perfeitamente legítimo capacitar as pessoas mais velhas de que devem gozar a idade com boa saúde, o que pode significar dar-lhes a possibilidade de participar mais activamente em todos os domínios da vida. Isso ajudar-nos-á, a ultrapassar o desafio demográfico de uma forma justa e sustentável para todas as gerações.

De acordo com a DGS (2004), acumulou-se experiência suficiente que leva a concluir da necessidade de colocar no terreno estratégias globais de promoção da saúde sujeitas a avaliação.

Como vimos, o conceito de capacitação, que evoluiu em conjunto com o de promoção da saúde, sobretudo a partir da publicação da Carta de *Otawa*, oferece-nos a possibilidade de conduzir as pessoas no desenvolvimento de competências e habilidades para controlarem de forma mais efectiva as determinantes da sua saúde e é entendido, como algo que abrange a educação para a saúde, a prevenção e a reabilitação da doença. O principal objectivo é promover o *empowerment* dos utentes e da comunidade com vista a uma melhor saúde física, mental, social, limitando as perdas funcionais e de autonomia.

## **2 - CAMINHO METODOLÓGICO**

São reconhecidas pela Ordem dos Enfermeiros (2010), responsabilidade e competência ao enfermeiro especialista em Saúde Comunitária, para participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos com vista à capacitação da comunidade. Compete ao enfermeiro de Saúde Comunitária responsabilizar-se por identificar necessidades de indivíduos, famílias e grupos, de dada área geográfica, assegurar a continuidade de cuidados e estabelecer a articulação necessária, numa prática de complementaridade com outros profissionais de saúde e parceiros comunitários.

Revemos nesta metodologia o instrumento de planeamento dos cuidados de enfermagem: Processo de Enfermagem. Este é considerado uma metodologia que permite prosseguir da etapa de identificação de problemas à resolução ou minimização dos mesmos na vida das pessoas, através de intervenções especializadas, levando assim a melhor qualidade de vida. (Andrade & Vieira, 2005).

Em termos de métodos e técnicas de recolha e tratamento de informação recorreremos à pesquisa documental, à aplicação de dois questionários aos utentes. (anexos I e II.) Com os *stakeholders* aplicámos um questionário (anexo II) e realizámos uma entrevista (anexo III). Todos os questionários receberam o respectivo tratamento estatístico, sendo que a entrevista, requereu análise qualitativa, que utilizámos na análise SWOT apresentada no quadro 3. A escolha da metodologia de suporte à nossa intervenção, foi de certa forma ditada pela prática de enfermagem em saúde comunitária. Assim, a metodologia de projecto, atendendo à problemática e a que pretendemos trabalhar com outros, com objectivos semelhantes, apresentou-se como uma opção promotora da eficiência, capaz de mobilizar sinergias facilitadoras da concretização do mesmo.

Nessa base, este projecto alicerça-se na estrutura *WBS* que, como referem Avellar e Duarte (2011), é um processo de construção em que o gestor, a equipa e os parceiros (incluindo o público-alvo) são implicados, dando contributos ao sucesso do mesmo, filosofia que nos interessou por se apresentar adequada a um projecto que pretendemos, seja de promoção da saúde pela capacitação da população alvo.

Na Figura 3, podemos perceber essa aplicação prática no projecto Envelhecimento Activo-Amadurecer em Saúde, desde a etapa da concepção, à de divulgação dos resultados.

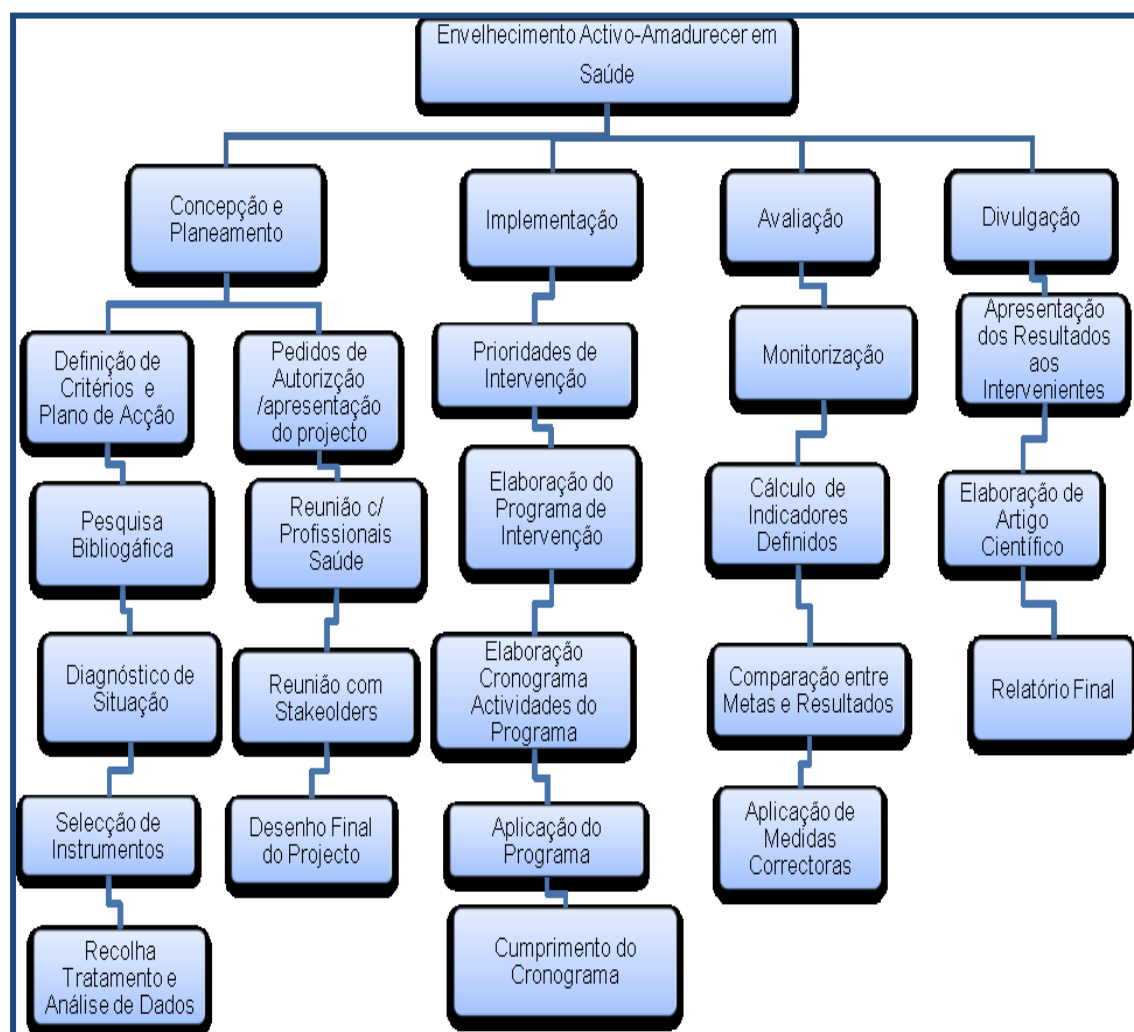


Figura 3: Estrutura do WBS

Esta opção, ajudou-nos a preparar e definir rigorosamente todas as fases do processo, uma vez que permite fragmentar todas as etapas de concretização do mesmo, tornando possível explorar cada uma nas suas especificidades o que nos conduzirá, em nosso entender, à concretização dos objectivos traçados.

## 2.1 - PRIORIDADES DE INTERVENÇÃO

Para Imperatori e Giraldes (1993), esta fase do processo de planeamento, decorre directamente do diagnóstico de situação e é determinante para a fixação de objectivos. Acontece, no nosso caso, que não dispondo de um diagnóstico de saúde efectivo, esta identificação de prioridades resulta da contextualização da problemática, que baseámos na



pesquisa em fontes documentais referenciadas e nos sistemas de informação que sustentam a prática clínica e a intervenção social no concelho. Como estes autores recomendam, é necessário ter em conta nesta fase a natureza dos problemas e o grau de abstracção dos mesmos. Assinalam ainda, que devem considerar-se a dimensão ligada ao tempo e a dimensão ligada aos recursos disponíveis.

Não sendo fácil a tarefa de identificação de prioridades, nem isenta de risco para o sucesso do projecto, considerámos pertinente recorrer junto dos *stakeholders*, à análise *SWOT* Forças (*Strengths*), Fraquezas (*Weaknesses*), Oportunidades (*Opportunities*) e Ameaças (*Threats*), sobre a sua implementação no concelho. Esta análise aconteceu em contexto de entrevista e envolveu a vereadora da saúde e acção social da CMG, a responsável do sector do envelhecimento activo da CMG e a coordenadora da UCSP. Segundo Imperatori e Giraldes (1993), a elaboração dos projectos não está completa sem que se proceda a uma análise hipotética dos obstáculos ou ameaças à sua execução. Como referem, estes obstáculos podem ser de vários tipos: os recursos como pessoal ou equipamento (quantitativos ou qualitativos), meio ambiente, administrativos e financeiros.

Como podemos ver na análise dos resultados, que apresentamos no Quadro 3, existe equilíbrio no número de factores favoráveis e nos que podem representar alguma fragilidade para o sucesso do projecto. Contudo colocamos entre parêntesis o número de vezes que cada um deles foi referido, verificando-se assim, uma maior prevalência para os que são favoráveis à probabilidade de sucesso do mesmo.

Quadro 3: Análise SWOT

<p>Forças:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipamentos de convívio e lazer (3)</li> <li>• Estruturas de prática desportiva (2)</li> <li>• Programa viver solidário (1)</li> <li>• Profissionais motivados para intervir no envelhecimento activo (2)</li> <li>• Voluntariado social e na saúde (2)</li> <li>• Idosos receptivos e participantes (3)</li> <li>• Universidade senior (2)</li> </ul>	<p>Fraquezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Níveis baixos de escolaridade (3)</li> <li>• Isolamento socio-demografico dos idosos (2)</li> <li>• Fraca capacidade económica (1)</li> <li>• Fraca cultura de avaliação das organizações (1)</li> <li>• Elevado índice de dependência total (1)</li> <li>• Baixa escolaridade da população (1)</li> <li>• Fraca intervenção da saúde na promoção da saúde da população idosa(2)</li> </ul>
---	--

Oportunidades:	Ameaças:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abertura das instituições ao trabalho em parcerias (3)</li> <li>• Existência do sector do envelhecimento activo na CMG (3)</li> <li>• Existência da UCC (2)</li> <li>• Aumento da esperança de vida (2)</li> <li>• Integração da saúde na Rede Social (2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixos índices de literacia em saúde (1)</li> <li>• Aumento da doença crónica e níveis de dependência nos idosos (2)</li> <li>• Baixa taxa de natalidade(1)</li> <li>• Demissão familiar no cuidado ao idoso (1)</li> <li>• Estilos de vida pouco saudáveis (3)</li> <li>• Comportamentos de procura de saúde inadequados (2)</li> <li>• Crise socio económica(2)</li> </ul>

Fonte:Entrevista a stakeholders

Considerando-se problema o definido por Imperatori e Giraldes (1993), em que os mesmos tanto podem ser doenças, como as suas determinantes, ou as suas consequências, face a problemas que anteriormente identificámos, estabelecemos como uma prioridade a intervenção sustentada da saúde, no processo de envelhecimento activo no concelho, recorrendo à educação para a saúde como ferramenta de trabalho, capaz de mudar estilos de vida e actuar nas determinantes e factores de risco ou fragilidade, diminuindo o seu impacto, quer nos níveis de saúde da comunidade, quer a nível socioeconómico.

Como critérios que sustentaram esta conclusão, utilizámos o horizonte temporal para realização do projecto, os recursos de que dispomos e a vulnerabilidade do problema; não que o envelhecimento seja um fenómeno reversível; mas é-o a qualidade com que o mesmo se processa. Não utilizámos critérios como a magnitude ou a transcendência como recomendam alguns defensores para o planeamento em saúde, porque não os considerarmos aplicáveis. Não usámos a magnitude por se fundamentar na mortalidade de um problema, uma vez que por si só, o envelhecimento não mata. Matam e aumentam a dependência as doenças crónicas que lhe estão associadas. Não aplicámos o critério transcendência, por estar associado à mortalidade, mas pior que isso, à mortalidade das pessoas em idade activa, como se a morte dos idosos não fosse importante.

Uma vez que os recursos humanos disponíveis são sempre limitados e o nosso caso não é excepção, (2 horas semanalmente ao longo do ano lectivo para o profissional que assegura as sessões), houve que limitar o grupo. Outra condicionante da dimensão do grupo foi a capacidade das salas (20 a 25 alunos) onde iria decorrer a implementação. Assim, definimos como população alvo, os alunos matriculados na Universidade Sénior de Grândola, no ano lectivo 2011-2012, que livremente e por opção, se inscrevessem na disciplina de saúde, como de resto acontece nas outras disciplinas ministradas. Assim, o Programa de Intervenção

foi delineado para os 23 alunos, que se inscreveram no projecto, o que correspondia no final de Setembro a aproximadamente 10% do total de inscritos na USG: 227.

Sendo a nossa aposta direccionada para a obtenção de ganhos em saúde, a escolha deste grupo como população alvo fundamentou-se, por um lado, na probabilidade de existir nos seus elementos maior predisposição para a aprendizagem ao longo da vida (filosofia subjacente às universidades seniores) e maior motivação para as mudanças preconizadas pelo conceito de envelhecimento activo. Tratando-se de pessoas ainda com um desempenho autónomo, poderiam obter melhores resultados no retardar das perdas inerentes ao processo de envelhecimento, integrando nas suas vidas, as aprendizagens realizadas nas sessões. Não menosprezámos também que, sendo nossos parceiros, a capacitação que se pretende incrementar neles, pode influenciar positivamente a reivindicação de condições mais adequadas ao envelhecimento activo na comunidade.

Como duração do projecto, considerámos um período de 16 meses, com início em Junho de 2011 e fim em Setembro de 2012. Este período, que dividimos em três fases, inclui o horizonte de programação, que tal como definido por Imperatori e Giraldes (1993), correspondeu ao delineamento da intervenção. Entre Outubro de 2011 e Junho de 2012, decorrerá a operacionalização. Entre Junho e Setembro de 2012, procederemos à avaliação, divulgação de resultados e à reformulação do projecto, pois sendo nossa intenção integrá-lo em actividade corrente no Plano de Acção da UCC, certamente será necessário reequacionar a sua operacionalização em função dos resultados e dos recursos disponíveis na altura, pois a necessidade essa, não se modificará certamente de forma substancial até lá.

## **2.2 - ESTRATÉGIA ESCOLHIDA**

Uma das etapas mais relevantes no processo de planeamento em saúde, de acordo com Imperatori e Giraldes, (1993) é a selecção das estratégias, já que se pretende apresentar formas de intervenção que conduzam ao atingir dos objectivos definidos.

É nossa convicção alicerçada na prática, que o planeamento estratégico conduz ao desenvolvimento dos serviços. Como defendemos anteriormente a intervenção em problemáticas multifactoriais como é o caso do envelhecimento humano, requerem pluridisciplinaridade, pelo que o estabelecimento de parcerias acrescenta valor aos resultados; os subsídios dos seus membros, são potenciados no que cada um oferece de melhor. A qualidade, integridade e profissionalismo, com enfoque no trabalho de equipa, torna-a produtiva e promove o seu reconhecimento e proximidade na comunidade.

Por tudo isso, a nossa principal estratégia assentou na estruturação de um programa de intervenção com base no compromisso, no trabalho de equipa e em parceria, capaz de em complementaridade promover sinergias que conduzam as pessoas a escolhas informadas, num percurso de vida, que se pretende seja de envelhecimento activo.

### **2.3 - FINALIDADE E OBJECTIVOS**

Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui como vimos, um desafio à responsabilidade individual e colectiva com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países. No entanto, pesquisas recentes indicam que doenças e limitações não são consequências inevitáveis do envelhecimento e que o uso dos serviços preventivos, eliminação de factores de riscos e adopção de hábitos saudáveis são importantes determinantes do envelhecimento saudável.

Coloca-se então, a questão de pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia, para além da prática de actividade física moderada e regular, ou uma alimentação saudável. A promoção dos factores de segurança e a manutenção da participação social são aspectos indissociáveis. Do mesmo modo, importa reduzir as incapacidades, que envolvamos a comunidade, com responsabilidade partilhada, potenciando os recursos e dinamizando intervenções cada vez mais próximas das pessoas.

Enquanto representação antecipadora dos resultados que pretendemos atingir, considerámos na definição da finalidade e objectivos, a missão de enfermagem de maximizar o bem-estar e promover o autocuidado e a missão da UCC, enquanto modelo de prestação de cuidados de proximidade. Focámo-nos também na visão do nosso agrupamento, quanto ao desenvolvimento da actividade de forma mais eficiente, eficaz e sustentada, com a participação da comunidade e enquanto organização promotora da saúde e do desenvolvimento integrado do Alentejo Litoral, como de resto aponta a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários.

Tendo como finalidade, Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa idosa, inserida em grupos seniores, definimos o objectivo geral:

- Implementar no concelho de Grândola até final de Novembro de 2011, o projecto de intervenção: Envelhecimento Activo - Amadurecer em Saúde, assente numa parceria da UCC com a Universidade Sénior.

Daqui decorreram os objectivos específicos, considerando o enquadramento da problemática e as prioridades de intervenção identificadas:

- Identificar os níveis de dependência na população alvo;
- Conhecer as necessidades de informação em matéria de saúde;
- Criar programa de intervenção multidisciplinar em saúde, considerando os níveis de dependência e as necessidades identificadas.

## **2.4 - OBJECTIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO ALVO**

Constituem objectivos a atingir junto da população alvo do projecto: identificar os níveis de dependência/autonomia na população alvo e conhecer as suas necessidades de informação em matéria saúde, pelo que tivemos que proceder à caracterização da mesma.

Relativamente ao primeiro objectivo seleccionámos o Método de Avaliação Bio-psico-social (MAB), utilizado em Portugal, pela RNCCI e com o qual temos contacto frequente, no dia-a-dia da prestação de cuidados (UMCCI, 2008), anexo I. O MAB, é um instrumento de avaliação integrada e tem como principais objectivos avaliar e monitorizar um conjunto de informação biopsicossocial, delineado com base em instrumentos internacionais validados.

Os dados foram recolhidos através desse instrumento em suporte de papel, aplicado individualmente a cada um dos participantes, no dia 4 de Outubro de 2011, nas instalações da USG, relativamente aos acontecimentos e à situação de vida nas quatro semanas que antecederam a recolha de dados.

Os dados foram tratados com vista à sua validação, em termos de coerência interna e à posterior análise estatística, com recurso ao programa informático *Microsoft Office Excel*.

A caracterização da população alvo foi desenvolvida com base nessa análise, que se consubstancia no cálculo de indicadores para as dimensões em estudo e inclui frequências absolutas e frequências relativas.

Como resultados, para além da caracterização global da população alvo, foram identificados os perfis prevalentes, tendo sido igualmente desenvolvida uma análise da funcionalidade, em termos de dependência e autossuficiência. Aqui apresentamos os resultados que nos permitiram elaborar um Programa de Intervenção mais adequado às características do grupo e ao nosso objectivo geral.

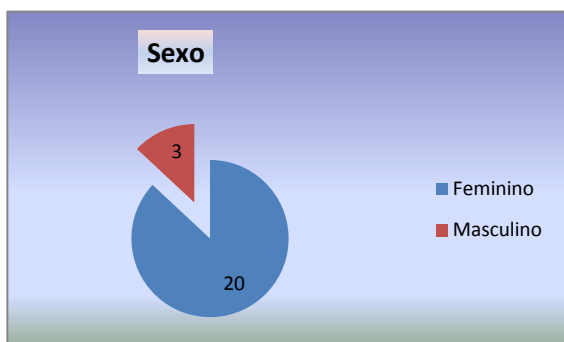


Figura 4: Distribuição por sexo

A população é composta por 20 mulheres e 3 homens (86.9%, e 13.1% respectivamente), verificando-se predominância do sexo feminino, conforme vemos na figura 4.

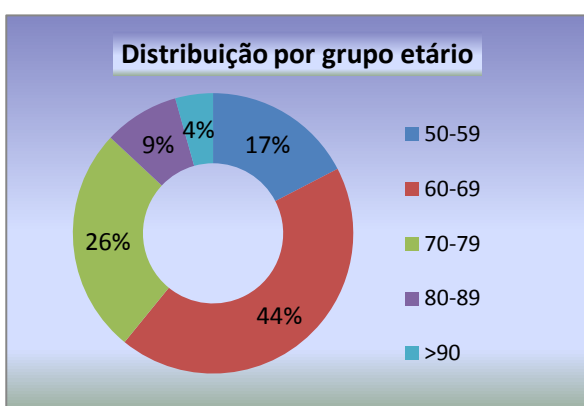


Figura 5: Distribuição percentual por grupo etário

A média de idades é de 69.3 anos, com um desvio padrão de 9.72 anos. A pessoa mais nova, 53 anos e a mais velha com 97 anos, são do sexo feminino. Podemos verificar na figura 5, a distribuição por grupo etário, concentrando-se maior percentagem, no grupo 60-69 anos.

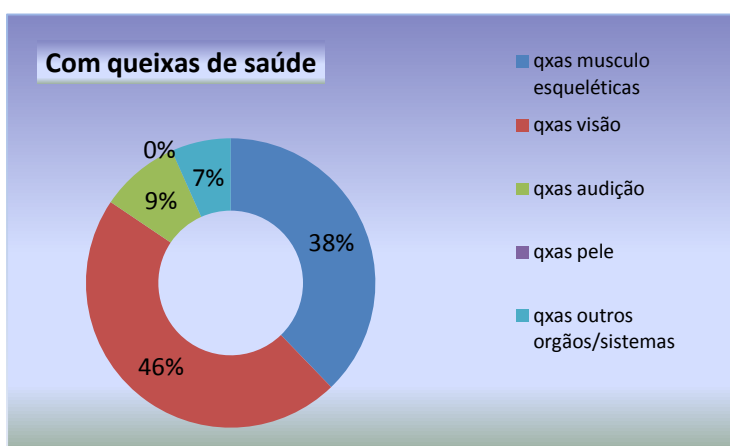


Figura 6 : Distribuição percentual por grupo etário de queixas de saúde

Relativamente a queixas de saúde, 100% das pessoas apresenta algum tipo de queixa, sendo a sua distribuição a apresentada na figura 6. A queixa mais frequente é a relativa à visão 46% (21 pessoas), seguida das do sistema musculo – esquelético com 38% (18 pessoas).

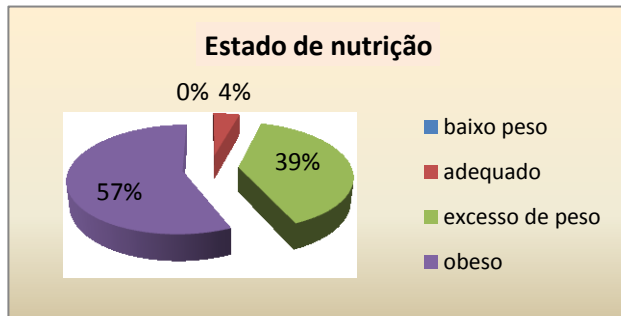


Figura 7: Estado de nutrição

Quanto ao estado de nutrição (avaliado com base nas variáveis Índice de Massa Corporal e Perímetro Abdominal) podemos ver na figura 7, que as pessoas com peso a mais representam 96% do total: 57% são obesas e 39% tem excesso de peso. As pessoas com peso adequado são somente 4% (1 pessoa), não existindo ninguém com baixo peso.

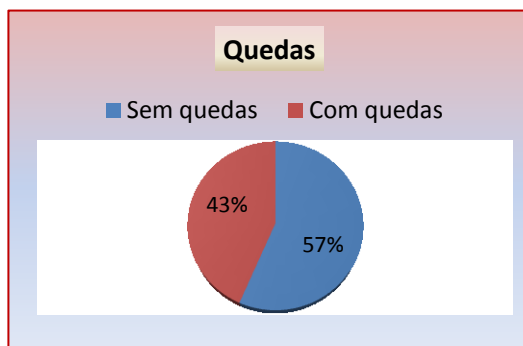


Figura 8: Distribuição percentual de quedas



Figura 9: Distribuição percentual por motivo

No que respeita a quedas pode confirmar-se na figura 8, que 57% das pessoas não teve nenhuma queda no período em avaliação. Nos 43% daqueles que sofreram quedas (10 pessoas), 13% ocorreram no interior da habitação, mas 30% ocorreram em espaço exterior. Não se verificou nesta análise maior propensão para as quedas, associada à idade.

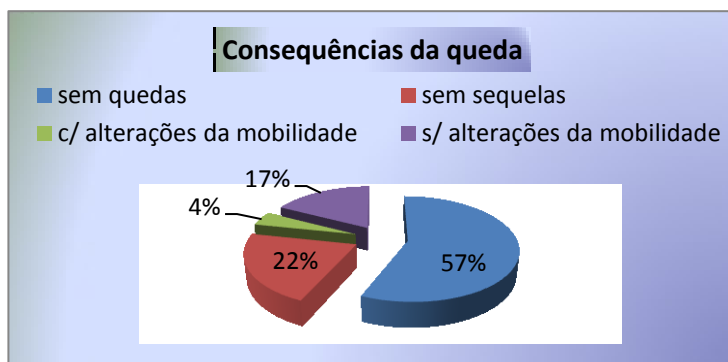


Figura 10: Distribuição percentual das consequências da queda

Podemos concluir pela leitura da figura 10, que nenhuma das quedas originou sequelas, sendo que 4% (1 pessoa), tiveram como consequência alteração da mobilidade.

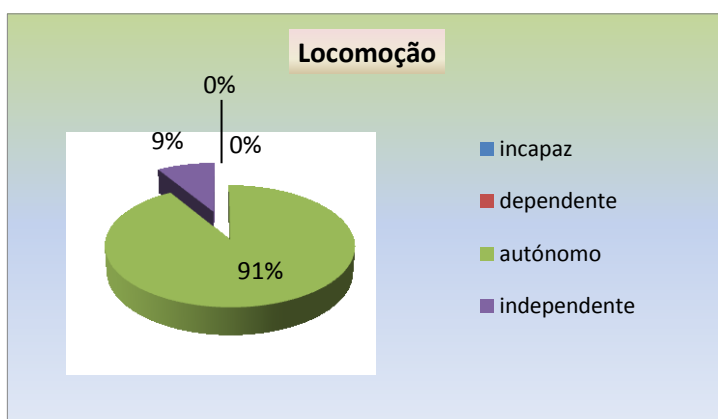


Figura 11: Distribuição percentual das condições de locomoção

Quanto à locomoção, a maioria dos utentes apresenta uma avaliação favorável. Como se comprova na figura 11, 9% das pessoas são independentes nesta função, sendo que nas restantes 91%, a autonomia está relacionada com a queixa de saúde mais frequente, a visão, o que obriga à utilização de meios de ajuda, que nestes casos concretos, são os óculos. Não se verificou relação assinalável entre o factor idade e independência.



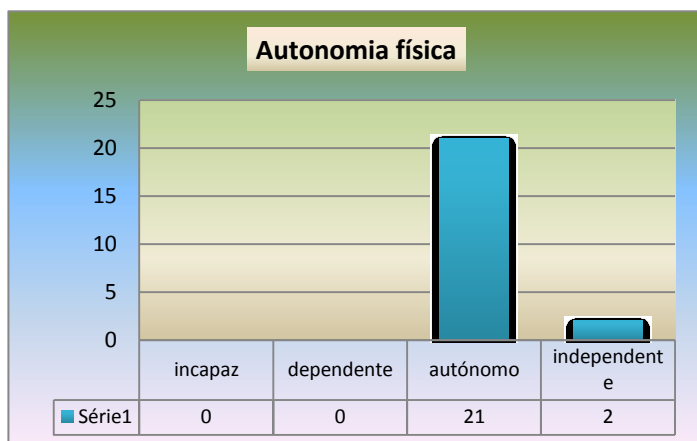


Figura 12: Autonomia física

Em termos de autonomia física pode constatar-se na figura 12, que a grande maioria das pessoas (21) são autónomas. Para a pontuação deste critério contribui a realização das actividades de vida diária (lavar-se, vestir/despir, usar sanitários, deitar/levantar, sentar/levantar, controlo de urina e fezes e alimentar-se) e a utilização de meios. Verificou-se na análise que todas as pessoas são independentes para realização das actividades de vida diária e que a condicionante que determina a sua classificação como autónomos, é tal como na locomoção, mais uma vez o uso de óculos.

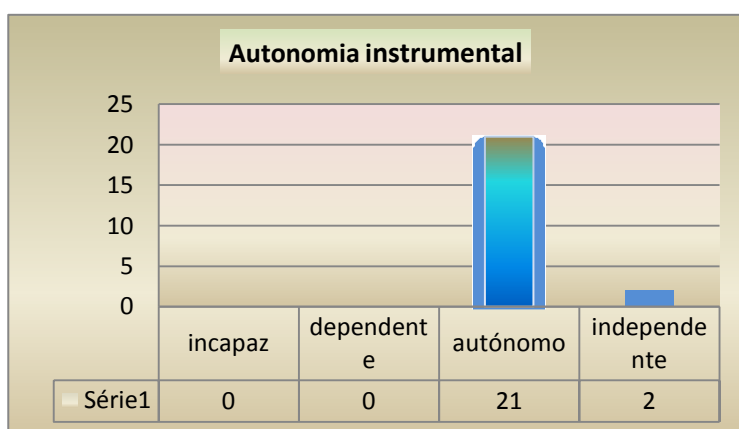


Figura 13: Autonomia instrumental

Quanto à autonomia instrumental, pode constatar-se na figura 13 que a classificação é semelhante à que se obteve para a autonomia física; isto é: que a grande maioria das pessoas (21) são autónomas. Para a pontuação deste critério contribui a realização das actividades instrumentais (usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, fazer lida da casa, tratar da roupa, usar transportes, tomar medicamentos e gerir o dinheiro) e a utilização de meios. Verificou-se mais uma vez na análise, que todas as pessoas são independentes para realização das actividades instrumentais e que a condicionante que determina a sua classificação como autónomos, é tal como na locomoção e na autonomia física, mais uma vez o uso de óculos.

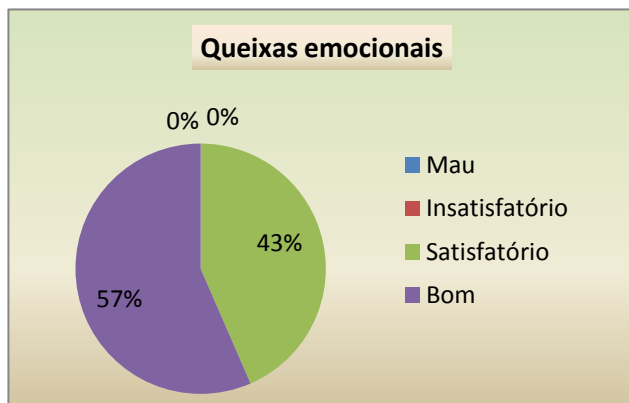


Figura 14: Queixas emocionais

Como demonstra a figura 14, 100% das pessoas apresenta uma avaliação positiva (boa ou satisfatória) quanto a queixas emocionais, não sendo observáveis diferenças em termos de sexo ou idade. Contribuem para a pontuação deste critério, sentir-se triste/deprimido, nervoso ou ansioso ou referir outras queixas. Das 10 pessoas cujo estado emocional é satisfatório, 8 referem estar por vezes tristes ou deprimidas, mas por pouco tempo; 5 referem andar por vezes nervosas/ansiosas, 4 delas por pouco tempo, mas 1, metade do tempo. Não há referência a outro tipo de queixas.

Quanto ao estado cognitivo 100% das pessoas tem classificação de bom. Contribuem para este critério as variáveis orientação espacial e temporal, em que todas revelaram estar bem.

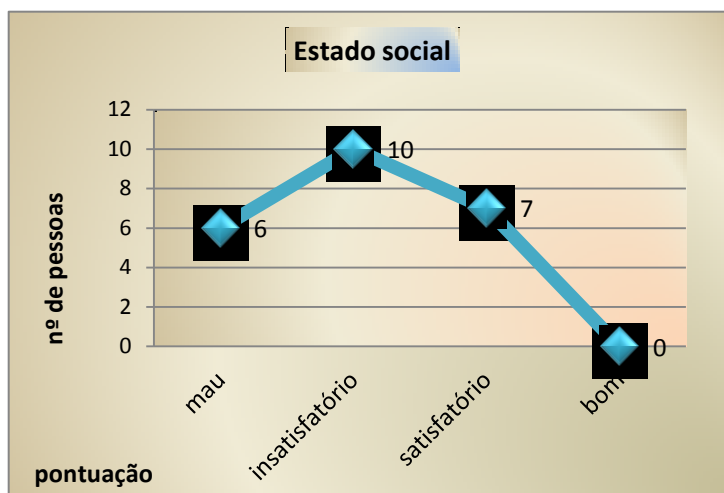


Figura 15: Estado social

O estado social da maioria das pessoas é avaliado negativamente, o que se pode comprovar pela figura 15. Verifica-se que para 10 pessoas esse estado é insatisfatório, sendo que é mau para 6 pessoas. Só 7 pessoas se classificam no satisfatório, sendo que não há ninguém no patamar do bom. Mais uma vez não se verificou que a idade ou o sexo, sejam determinantes na pontuação. Contribuem para a pontuação deste critério as habilitações literárias e o isolamento social.

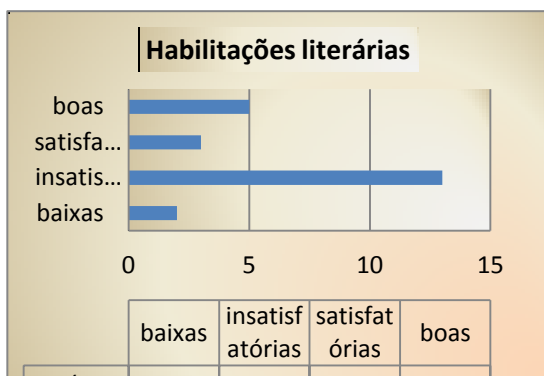


Figura 16: Habilitações literárias

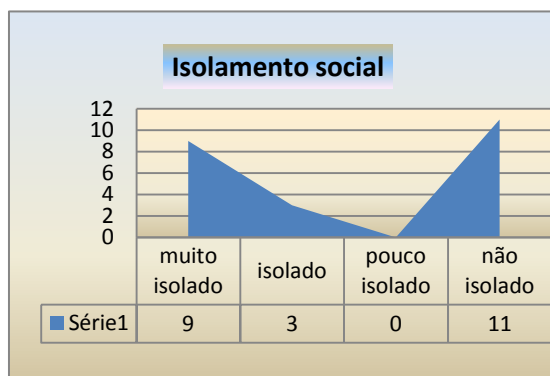


Figura 17: Isolamento social

Na figura 16 pode constatar-se que para a maioria (15 pessoas), as habilitações literárias, onde são considerados os factores: escolaridade e profissão, tem uma pontuação negativa: para 13 pessoas são insatisfatórias e são baixas para 2. Na figura 17, constata-se o marcado isolamento social para mais de metade da população, com 9 a viverem muito isoladas. Aqui são considerados os factores: estado civil, nº de coabitantes, tempo que passam sós durante o dia e ter ou não confidente; O maior peso nesta pontuação é ditado pelo tempo passado a sós, que para 7 pessoas é igual ou superior a 20 horas e pelo nº de coabitantes em que 11 pessoas vivem sozinhas.

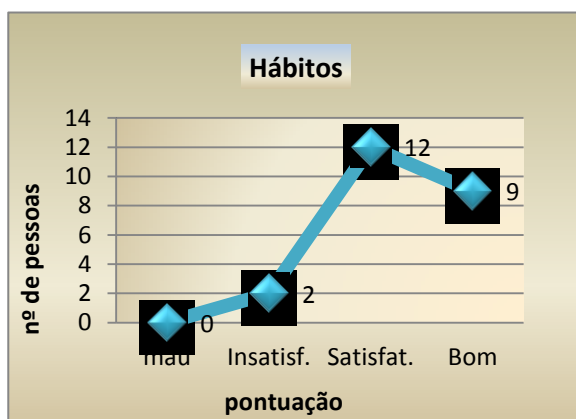


Figura 18: Hábitos

Quanto aos hábitos, representados na figura 18, os mesmos são avaliados positivamente para 21 pessoas. Para esta pontuação contribui o nº de horas semanais de actividade física e o número de refeições que fazem por dia. Podemos confirmar estes contributos nas figuras 19 e 20.

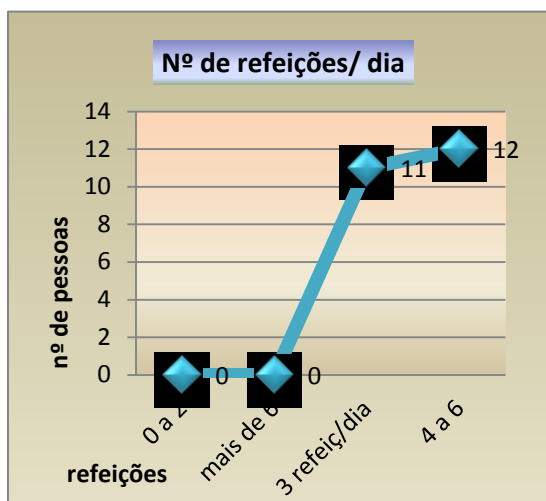


Figura 19: Nº de refeições/dia

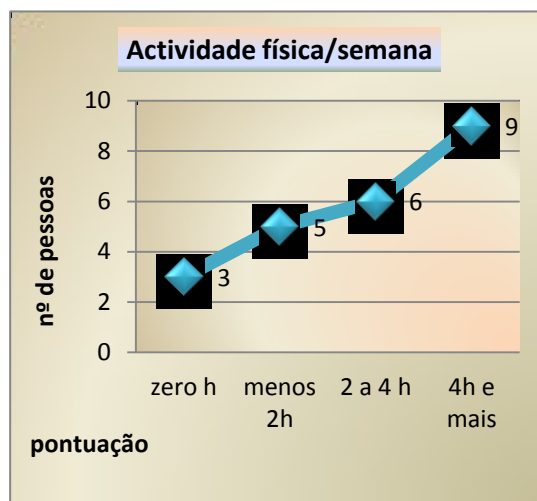


Figura 20: Actividade física semanal

Como podemos verificar pelos resultados apresentados no quadro 4, a combinação dos itens avaliados pelo MAB, permite-nos traçar um perfil prevalente para a população alvo. A avaliação do conjunto é globalmente positiva, o que nos permite pensar que um programa de intervenção baseado na educação para a saúde, direccionado para promoção da saúde/independência e para prevenção/minimização das perdas, será promotor do autocuidado e do envelhecimento activo nas pessoas que constituem a população alvo.

Quadro 4: Perfil prevalente - MAB

PERFIL PREVALENTE										
Item	Queixas de Saúde	Estado de Nutrição	Quedas	Locomoç.	Auton. Física	Auton. Instrum.	Queixas Emocion.	Estado Cognitivo	Estado Social	Hábitos
Critério	Insatisfatório	Obeso	Bom	Autonomo	Autonomo	Autonomo	Bom	Bom	Insatisfatório	Satisfatório
Nº de pessoas	23	13	13	21	21	21	13	23	10	12

Relativamente ao segundo objectivo, foi necessário recorrer a um questionário de identificação de necessidades de educação para a saúde (anexo II), que aplicámos à população alvo e aos *stakeholders*, elaborado com base nas três grandes estratégias do PNSPI e nas suas recomendações para a acção.

Os resultados são os apresentados no anexo IV, que correspondem à totalidade dos questionários aplicados aos alunos da USG (23) e aos *stakeholder* (3), não existindo respostas nulas. Todos os temas propostos foram escolhidos pelos alunos, embora revelando diferentes níveis de interesse. Para os *stakeholders*, dois dos temas não obtiveram qualquer resposta.

Desta forma, obtivemos o esclarecimento necessário a questões como: em que temáticas identificarão a suas necessidades de informação em matéria de saúde? Que conhecimentos quererão desenvolver para saber lidar com as perdas funcionais e de autonomia? De que intervenções necessitam da equipa de saúde, que contribuam para um envelhecimento activo?

A análise dos resultados obtidos (anexo IV) permitiu-nos atingir não só estes objectivos, como constituir a ponte para a criação de um Programa de Intervenção, adequado não só às necessidades da população alvo, como aos recursos disponíveis e ao nosso objectivo geral. Integra este programa o plano de formação (anexo V) e cronograma das sessões (anexo VI).

## 2.5 - INDICADORES E METAS

Neste projecto, definiram-se indicadores de estrutura, indicadores de processo e indicadores de resultado e estabeleceram-se as respectivas metas a atingir.

Como indicadores de processo, que avaliam o que se fez e como, considerámos os indicadores do quadro 5.

Quadro 5: Indicadores de estrutura e processo

Indicador	Meta
Número de horas de profissionais previstas/ número de horas de profissionais realizadas x 100	> =90%
Especialidades previstas na equipa de saúde no Programa de Intervenção/ Especialidades envolvidas na equipa de saúde, no Programa de Intervenção x 100	> =95%
Número de reuniões previstas / número de reuniões realizadas x 100	95%
Número de sessões previstas / número de sessões realizadas x 100	95%
Número de presenças previsto no total de sessões / número total de presenças no total de sessões x100	> =70%
Número médio de sessões por aluno	> =25
Cumprimento do cronograma nas datas previstas e pelo responsável do tema	> =90%
Cumprimento das actividades previstas de acordo com o cronograma	> =75%

Como indicadores de resultado, que avaliam o que se obteve, considerámos os indicadores do quadro 6.

Quadro 6: Indicadores de Resultado

Indicador	Meta
Implementar no concelho de Grândola até final de Novembro de 2011, o projecto de intervenção: Envelhecimento Activo - Amadurecer em Saúde, em parceria da UCC com a USG	Até final de Novembro de 2011
Identificar os níveis de dependência na população alvo	Antes da implementação do Programa de Intervenção
Conhecer as necessidades de informação em matéria de saúde	Antes da implementação do Programa de Intervenção
Criar programa de intervenção multidisciplinar em saúde, considerando os níveis de dependência e as necessidades identificadas	Implementar durante o mês de Outubro de 2011

É ainda propósito nosso, perceber no final do Programa de Intervenção, se houve impacto positivo na mudança de hábitos de vida das pessoas que frequentaram o programa, relativamente a factores como: alimentação, exercício físico e o tempo que passam sozinhas. Voltaremos a avaliar estes itens no final de Junho comparando os resultados obtidos com os de Outubro de 2011, aquando da aplicação do questionário MAB. Nesse sentido, propomo-nos avaliar os seguintes indicadores de impacto:

Quadro 7: Indicadores de Impacto

Indicador	Meta
Número de pessoas que fazem pelo menos 5 refeições por dia no final do programa/ Número de pessoas que faziam menos de 5 refeições por dia no início do programa x 100	> =30%
Número de pessoas que passaram a praticar algum exercício físico no final do programa/ Número de pessoas que não faziam exercício físico no início do programa x 100	> =25%
Número de pessoas que deixaram de estar sós mais de 12horas por dia/ número de pessoas que passavam mais de 12horas sós no início do programa x 100	> =25%

## 2. 6 -.INTERVENÇÕES E ACTIVIDADES

Como podemos perceber pela observação da figura nº 3, o desenvolvimento do projecto foi desenhado em quatro etapas, todas elas fundamentais à sua concretização. A cada uma das etapas corresponde, um conjunto de actividades e intervenções, sem as quais não seria possível passar com sucesso à etapa seguinte. No sentido de um acompanhamento mais adequado, sistematizámos para cada etapa o cronograma de actividades. (anexo VII)

Para Imperatori e Giraldes (1993), o cronograma facilita visualizar em conjunto as diversas intervenções que completam o projecto, num dado período de tempo, antes e depois de realizado. Dentro das limitações que o mesmo apresenta, a principal é não permitir visualizar as principais intervenções e a sua interdependência, podendo tornar-se de difícil a leitura ou interpretação, se aplicado a projectos complexos.

Quadro 8: Cronograma de actividades da fase concepção e planeamento

Actividades/intervenções	junho	julho	agosto	setemb.
Pesquisa bibliográfica				
Elaboração do desenho do projecto e apresentação no Instituto Politécnico de Beja aos professores e colegas do mestrado				
Elaboração do cronograma de actividades/monitorização				
Monitorização das actividades com base no cronograma				
Reuniões informais de auscultação sobre a proposta com responsáveis das entidades envolvidas				
Elaboração e Entrega formal da proposta de projecto ao IPB				
Pedido oficial de autorização ao Director Executivo do ACESAL para implementação do projecto (anexo VIII.)				
Pedido oficial de autorização à Vereadora da saúde e acção social da CMG para implementação do projecto (anexo IX)				
Reunião de apresentação do projecto à Coordenadora da UCSP e Equipa de enfermagem da UCC, UCSP e USP				
Reunião de apresentação do projecto à responsável da USG				
Definição de técnicas de pesquisa a utilizar no diagnóstico de necessidades do grupo				
Divulgação do projecto pelos técnicos da USG no acto de matrícula dos candidatos à Universidade				
Inscrição dos candidatos no projecto Amadurecer em Saúde				
Aplicação de questionário e entrevista aos <i>stakeholders</i>				
Reunião de apresentação do projecto aos alunos inscritos				







-Equipa de projecto: profissionais da UCC - enfermeiros, fisioterapeuta, médica, psicóloga, terapeuta da fala e assistente técnica.

## **2.8 -.CUSTOS**

Na visão do sistema de saúde, o dinheiro gasto nas intervenções de promoção de saúde deveria considerar-se particularmente bem gasto, porque o investimento em recursos humanos, logística e equipamentos, trará benefícios económicos e ao nível do bem-estar humano.

Em Portugal, como sabemos, uma das grandes preocupações é a sustentabilidade do Sistema de Saúde, visível nas políticas restritivas, face aos *déficits* orçamentais. Há que conter, racionalizar e definir prioridades.

Como refere a DGS (2004), numa sociedade em que culturalmente se associa o envelhecimento à inevitabilidade da doença, dá-se pouca importância e prioridade às medidas de prevenção, negligenciando-se o grupo etário dos idosos, considerado pouco produtivo.

Neste projecto os recursos financeiros, afectados resultam sobretudo dos custos com profissionais da equipa do projecto, contemplando todas as actividades a desenvolver, as horas de reunião de profissionais e de produção de materiais de suporte e estão garantidos à partida pela capacidade instalada corrente.

O material administrativo e de escritório, necessários na produção de materiais de apoio, que se revelam úteis à educação para a saúde, também foi um custo considerado.

A comunicação via correio electrónico pode também ajudar a obviar algum potencial acréscimo nos custos com comunicação e equipamentos. Computadores, impressora, internet, telefones, são equipamentos que já existem e são rentabilizados noutros fins, acrescentando apenas os custos de manutenção.

Previu-se que os profissionais tenham horas específicas, dentro do seu horário normal de trabalho para comunicar, articular, algo que muitas vezes não é visto como trabalho efectivo.

Quadro 8: Orçamento

	Recursos	Custo unitário (euros)	Quantidade	Custo total (euros)
Custos directos	Publicidade	Rádio local, Boletim da Rede Social e cartazes da USG	10	0
Custos indirectos	Computador Portátil	800	1	600 (Equivalente ao consumo eléctrico, nas horas dos profissionais)
	Projector	450	1	
	Fotocopiadora	1200	1	
	Tinteiros e papel	resma de papel-4,5 tinteiro- 75	6 1	345
	Espaços físicos	cedidos pelas entidades	—	0
	Salários	11(custo médio/hora	2horas por semana 64semanas	1408
Total				2343

Se o projecto vier a ser integrado em actividade corrente, será essencial identificar os custos de eficácia e eficiência da equipa, para que as decisões sejam mais fundamentadas, sustentadas e que potenciem a capacidade de resposta dos serviços face às necessidades identificadas.

## 2.9 - GESTÃO DO RISCO

Como principais riscos identificados nesta fase, sublinhamos:

- a actual situação de crise económica e financeira, pelo impacto social negativo que provoca, gerando novas necessidades de consumo de cuidados de saúde. Como o histórico testemunha, a afectação de recursos sobretudo humanos nestas situações, pauta-se pela sua mobilização para os cuidados considerados prioritários nos planos de acção, em detrimento dos de promoção da saúde.
- a ideia de parceria hoje aparentemente garantida para o sucesso do projecto, poderá ser posta em causa se por motivos económicos, os recursos humanos forem muito reduzidos;
- esta mesma crise, também vai afectar a população alvo, podendo comprometer a adesão ao programa, pois a frequência da USG, prevê pagamento de propinas.

## **2.10 - DIVULGAÇÃO E PARTILHA DOS RESULTADOS**

Esta é uma fase fundamental à hipótese de continuidade da intervenção preconizada por este projecto e dela dependerá em muito, a continuação do mesmo como actividade corrente na UCC. Como tal, estabelecemos que é fundamental assegurar as seguintes momentos.

- Divulgação em sede de reunião da Rede Social concelhia;
- Divulgação ao Director executivo e à vogal de enfermagem do ACESAL;
- Divulgação à equipa da UCC e à Coordenadora da UCSP;
- Partilha de resultados com os responsáveis da parceria;
- Divulgação aos utentes do projecto e à comunidade em geral.

## **2.11 - MONITORIZAÇÃO DO PROJECTO**

A monitorização do projecto deve aplicar-se às diferentes etapas, sendo essenciais a do planeamento, da implementação e da avaliação. Cada projecto, encerra em si mesmo uma projecção dos resultados. Baseando-se na comparação entre o previsto e o realizado e, a periodicidade regular e sistemática, permite avaliar o processo e os resultados.

Este acompanhamento, permite a introdução de medidas correctoras, concedendo orientação ao responsável e aos outros elementos dados para a avaliação. Daí que a definição de indicadores e metas é indispensável à avaliação intermédia e final.

Assim, a esta monitorização e acompanhamento tem sido fundamental a validação das actividades e intervenções no cronograma traçado.

A enumeração de eventuais falhas identificadas na avaliação, implica mudanças estruturais. É importante perceber isso e alterar a estratégia no respectivo plano operacional, se tal se justificar. Este projecto que se iniciou em Junho de 2011 é regularmente avaliado nas reuniões de equipa, com base nos indicadores e no cronograma definidos, continuando a ser necessário investir tempo e energia no gerar de consenso e no envolvimento dos intervenientes.

Na organização da UCC, estas reuniões são programadas e são facilitadoras do trabalho comunitário, onde entre outras temáticas, é analisado o percurso deste projecto.

Enquanto processo contínuo e inacabado, relativamente ao follow-up do projecto, prevê-se que a sua coordenação passe a ser partilhada com as enfermeiras especialistas que

integram a UCC, passando de projecto a actividade corrente. Dessa forma, está garantida a avaliação continua, a par das outras intervenções da UCC.

Avaliar e monitorizar é essencial à uniformização das boas práticas assistenciais e organizacionais. A melhoria da qualidade passa pela sistematização e regularidade com que isso se faz.

## **2.12 - AVALIAÇÃO**

Para Imperatori e Giraldes (1993), a avaliação é um momento fundamental no planeamento em saúde, seja porque legitima o que se realizou, seja porque identifica caminhos de melhoria.

Avaliar impõe uma cultura de rigor e responsabilidade que se pretende que floresça, alimentando uma prática regular e sistemática de identificação dos pontos fortes, de problemas e de oportunidades para melhorar.

Segundo Carapeto (2010), há que apostar no sistema de gestão, desenvolvendo eficazmente a comunicação e a partilha de informação actualizada na comunidade. Em sua opinião, é pela dinamização de processos e criatividade dos intervenientes e dos parceiros, que se testam e replicam novas ideias, originando novo conhecimento e onde podem emergir novas redes.

No trabalho de parceria e em equipa multidisciplinar, predispõem-se os intervenientes para a avaliação individual, levando a um menor isolamento da sua prática e estimulando o funcionamento em rede.

A médio-longo prazo, idealmente, seria excelente que esta parceria que agora se constituiu, originasse estratégias locais comuns, para o envelhecimento activo, definindo objectivos e desenvolvendo indicadores de resultado e de impacto. Se este projecto se vier a considerar a primeira etapa desse processo, já seria para nós gratificante e motivo de orgulho profissional tê-lo implementado.

Quanto ao cumprimento dos objectivos específicos definidos, consideramos que, até ao momento, foram atingidos: Implementou-se a parceria como nos propusemos, caracterizou-se a população alvo quanto a níveis de dependência, autonomia e necessidades de informação em matéria de saúde e criou-se um programa de intervenção que está em curso.

O objectivo geral poderá no final do programa ser parcialmente avaliado pelos indicadores de impacto se for possível medir mudanças na população alvo.

No âmbito dos ganhos em saúde, ainda não existem indicadores universalmente reconhecidos para avaliar a eficácia de programas como aquele que temos em curso. Contudo, como sugere a OMS em diferentes contextos, a eficácia destes cuidados deve ser testada e demonstrada sob a forma de projectos.

É também largamente reconhecido, que os processos de autoavaliação obrigam à reflexão entre os profissionais de saúde sobre aquilo que fazem e como, o que evidencia um esforço coeso e sentido de pertença favorecedor de melhoria na cultura organizacional e da integração dos resultados no desempenho, um sinónimo de boas práticas.

### **3 - MOBILIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Para Ferreira *et al.* (2010), as estruturas de saúde, tem-se empenhado a instigar e a estimular a visão de que a pessoa está no centro do sistema de cuidados e que as decisões tomadas se devem basear nos resultados em saúde. Desta forma, o sistema tem de assentar num planeamento, estruturado no conceito de valor para os seus utilizadores, pois o que se pretende de facto, não é melhorar os cuidados de saúde, mas obter e melhorar ganhos efectivos em saúde.

A OE (2010b p.2), designa no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, no artigo 4.º, alínea a) que este profissional: “Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;”. Considerando as orientações estratégicas das políticas de saúde, revelou-se neste projecto, aptidão para estabelecer prioridades em saúde de uma comunidade específica, após análise do contexto, integrando na tomada de decisão as necessidades em saúde identificadas. Pretendemos que seja um instrumento de resolução/ minimização de problemas, conciliando os recursos disponíveis e optimizando os recursos necessários à realização das diferentes actividades, através da metodologia de planeamento em saúde.

O mesmo Regulamento, ainda no artigo 4.º, alínea c (OE, 2010b, p.2), menciona que este especialista: “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde;”. Com base na pesquisa e revisão teórica das orientações nacionais e internacionais e das directivas organizacionais, no âmbito da promoção da saúde e do envelhecimento activo, traduzimos no projecto e neste relatório, o empenho e a urgência de completar pela pesquisa em CSP, a intervenção sistemática e integrada nesta problemática. Revela-se fundamental, planear e implementar alterações, ainda que modestas, avaliando o seu impacto e, de forma sustentada e suportada na evidência, potencia-las, agregando-as a outras iniciativas em curso no terreno. Foi esse o nosso propósito ao implementar em parceria, um programa de intervenção em saúde com a USG. Ante as necessidades identificadas e contextualizadas e a escassez de recursos da nossa organização para uma intervenção abrangente na problemática em causa, tentamos mobilizar recursos, articular sinergias no atingir de objectivos comuns e de ganhos em saúde. Aqui se

revela, a participação na coordenação, promoção, implementação e monitorização de intervenções, abertas à inclusão de aperfeiçoamento por via da avaliação de resultados.

A OE (2010, b,p.2), no mesmo Regulamento, no seu artigo 4.º, alínea *d*, refere que: “realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geo -demográfico.” Com este projecto, fizemos por lançar um desafio ao investimento em estratégias locais, de identificação de necessidades e de risco ou vulnerabilidade de grupos da comunidade, no caso presente as pessoas em processo de envelhecimento, de forma a conjugar esforços e proactividade, no sentido da melhoria na qualidade das respostas colocadas em pratica na comunidade. Considerámos elementar conhecer as necessidades das pessoas com quem nos propusemos trabalhar, considerando o seu contexto e enquadramento sócio -demográfico, envolvendo no processo alguns dos decisores locais. Desta forma articulada com outros sectores de intervenção social, pretendemos contribuir para a vigilância epidemiológica do fenómeno saúde-doença no âmbito do envelhecimento que ocorre na área geo -demográfica da UCC.

No projecto que implementámos, a concepção e execução de um Programa de Intervenção, direccionado para a promoção de saúde, pelo estímulo à aquisição de competências que imprimam mudanças no estilo de vida, com foco no envelhecimento activo, enquadra-se nas competências do enfermeiro especialista em saúde comunitária como descrito pela OE (2010b), em Regulamento, no seu artigo 4º, alínea *b*: “ Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.”

Cabe assim aos enfermeiros especialistas, um papel relevante no seio da equipa de saúde. Veja-se que no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010a, p. 3), o artigo 4.º refere que “são quatro os domínios de competência comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais”. Neste projecto de parceria, está patente a responsabilidade profissional, ética e legal, para promover o acesso à informação e promoção da saúde, baseada em cuidados de proximidade específicos, de um grupo. Em simultâneo pretendemos que seja uma ferramenta que facilite a melhoria contínua da qualidade e a gestão de cuidados numa postura de aprendizagem profissional com e para os outros. O mesmo Regulamento refere, no artigo 6.º, que o Enfermeiro Especialista deve desempenhar um papel dinamizador e de suporte no incremento de iniciativas estratégicas da organização, no campo da governação clínica, desempenhando este projecto um esforço e um exemplo disso.

No domínio da gestão dos cuidados, o mesmo Regulamento de Competências, (OE, 2010a, p.4), no seu artigo 7.º, alínea *a*, refere que: “Gere os cuidados, optimizando a resposta



da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;” continua na alínea *b*, que: “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.” Envolver os responsáveis das organizações, e toda a equipa de projecto, facultando informação com base na evidência científica como suporte à tomada de decisão, foi estruturante deste projecto, do desenho à operacionalização. Há que continuar a promover o trabalho em equipa e em rede, como garantia de maior eficácia na intervenção. Comum a todo o processo foi a necessidade de apelar à negociação, na obtenção de consensos e à liderança, para a conservação de um caminho comum. Consideramos este projecto, um contributo sólido e defensável para a afirmação da enfermagem comunitária e do trabalho em equipa multidisciplinar.

No que respeita às aprendizagens profissionais a OE (2010a, p.4) refere, no artigo 8.º, alínea *a*, do mesmo Regulamento que: “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.” Realizar este projecto conduziu a contributos organizacionais, profissionais e pessoais. A nível organizacional destacamos a optimização de recursos, pela articulação dos mesmos, visando obter ganhos em saúde de forma integrada e mais eficaz; melhorar as sinergias entre sectores da comunidade com objectivos comuns e redução de custos directos e indirectos na intervenção; melhorar o acesso aos serviços de saúde, pela capacitação do grupo alvo. Estes contributos, possibilitam maximizar a eficiência global do serviço de saúde e nos parceiros, promovendo a procura da excelência da prática. Em termos profissionais e pessoais, os benefícios resultam da maior proximidade nos cuidados, do compromisso com as pessoas e do respeito pela sua dignidade e valor, num empenhamento que é de fortalecimento de uma rede formal de trabalho. Desenvolvemos competências técnicas no planeamento em saúde e na metodologia de projecto; na área da comunicação, estes ganhos acentuaram-se na assertividade, no respeito, pelo outro, na cooperação e na negociação. Como recorda a OE (2010a, p.4 no artigo 8.º, deste Regulamento, no domínio das aprendizagens profissionais: “Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.”

Em termos pessoais todos estes contributos tem efeitos colaterais, que se reflectem no nosso dia a dia, seja nos saberes que mobilizamos, seja nas atitudes.

Estamos cientes que num projecto, não existe um modelo acabado, ou melhor forma de fazer ou iniciar. A sua adequação nasce do conhecimento de cada contexto, das suas particularidades, determinantes incontornáveis da melhor forma de o realizar. Ainda assim, e pese embora, o planeamento feito e as intervenções realizadas, há que esperar o seu impacto no futuro e o seu alargamento a um grupo mais representativo da comunidade, para podermos responderem sentido pleno às necessidades impostas pelo envelhecimento da população.

Elaborar e implementar um projecto desta natureza, exigiu, persistência, determinação, flexibilidade, respeito, curiosidade, honestidade, frontalidade, objectividade e visão de futuro alicerçada no presente. Não é tarefa fácil manter o rumo num projecto e nos seus objectivos, quando no dia-a-dia, a prática, nos sugere muitos outros domínios e desafios por abraçar. Com este projecto desafiamos o presente, mas particularmente o futuro, em que teremos que provar ser capazes de melhorar até à excelência. Mobilizámos e desenvolvemos competências, mas identificamos já, outras a desenvolver no futuro, como seja, aumentar conhecimento e habilidades em métodos e técnicas de pesquisa, de forma a poder utilizar a evidência resultante da avaliação sistemática e sistematizada no desempenho diário, por forma a gerar e melhorar o conhecimento que promove as boas práticas.

Como sabemos a investigação, a avaliação e a melhoria da qualidade visam diminuir a variabilidade e a identificar e normalizar boas práticas (Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2010). Daí que também para nós, seja uma área em que gostaríamos de investir no futuro.

Na equipa multidisciplinar, há também competências a desenvolver, sobretudo no que toca a critérios e factores que influenciam a qualidade do que se faz e os resultados. Verificamos ser necessário desenvolver no seio da equipa, o suporte à prestação de cuidados nesta matéria, por via da formação contínua e da investigação-acção.

Relativamente à investigação, esta deve também dirigir-se para a melhoria contínua da prestação de cuidados, para a qualidade e para a gestão clínica, estruturados em articulação com outros serviços, dando robustez ao trabalho em parceria e em rede. Além da capacitação dos utentes que defendemos essencial aos seus processos de transição, também os profissionais devem desenvolver-se no sentido da autonomização para decidir e fazer escolhas fundamentadas. Cada vez mais a integração de conceitos como autonomia, responsabilização individual e *empowerment*, deve ser uma filosofia do dia-a-dia.

Manter a parceria agora estruturada e melhorá-la no futuro, é uma das nossas apostas pois acreditamos que a sustentabilidade dos sistemas, assenta no trabalho em rede e no desenvolvimento de estratégias locais, só viáveis e úteis se houver partilha de conhecimentos, experiências e recursos, sendo que estas são as conexões que manterão o projecto vivo.

Se a prática deve ser baseada na evidência, há que apostar no desenvolvimento da investigação sobre a prática e para a prática.

#### **4 - CONCLUSÃO**

Este projecto cuja finalidade consiste em “Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa idosa, inserida em grupos seniores”, pelo que o Fenómeno do Envelhecimento tem de actual e consequente nos dias de hoje, no nosso local de trabalho, no ACESAL e no Serviço Nacional de Saúde.

Como fenómeno que é transversal a múltiplos responsáveis da comunidade, pensamos ter escolhido uma estratégia potenciadora do sucesso, querendo o seu desenvolvimento em parceria. Ao mesmo tempo, pelo estreitar de relações multidisciplinares, esperamos contribuir para o, fomento de parcerias interinstitucionais e para o reconhecimento social da profissão de Enfermagem.

De forma a responder a necessidades de natureza académica, queremos desenvolver a investigação - acção de forma útil e aplicável na comunidade em que nos inserimos, definindo como objectivo geral: Implementar no concelho de Grândola, até final de Novembro de 2011, o projecto de intervenção: “Envelhecimento Activo - Amadurecer em Saúde”, assente numa parceria da UCC com a Universidade Sénior. As estratégias privilegiarão o trabalho em equipa multidisciplinar e de parceria, com o intuito de melhorar a adesão da população alvo ao programa proposto.

Cumpridos estes pressupostos e sendo os enfermeiros de saúde comunitária, elementos chave na intervenção em grupo em todas as fases do ciclo vital pelo seu enquadramento e saberes, estarão reunidos os ingredientes chave, para que o projecto seja bem-sucedido, contribuindo de facto para ganhos em saúde, assentes no envelhecimento saudável.

Estamos conscientes das limitações do projecto, principalmente porque o Programa de Intervenção que o mesmo integra, tem uma população alvo de pequena dimensão sobretudo se nos situarmos no universo de idosos da nossa comunidade, contudo, a nossa experiência de intervenção noutros projectos de âmbito comunitário, vai de encontro ao defendido por Breiddal (2009), já que consideramos que mais vale que o projecto seja modesto e realista, do que ambicionar demasiado e não alcançar a sua concretização. Pensamos não existir esse risco, pois apesar de a operacionalização do nosso projecto só terminar daqui a alguns meses, as fases que antecedem este momento foram percorridas com sucesso.

A fase 1 - decorreu de acordo com o previsto, sem desvios a considerar. A fase 2 - consumou-se na parceria que está subjacente ao Programa de Intervenção em curso. A fase 3 - decorre sem obstáculos dignos de registo, sendo que a conclusão, dirá a seu tempo dos ganhos conseguidos. Assim, apraz-nos dizer que: - contribuímos como é nosso propósito desde o início, para a afirmação da qualidade organizacional da UCC e para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na comunidade;

- promovemos articulação e coordenação de recursos e serviços existentes, para otimizar uma resposta, a um problema emergente, estimulando a qualidade e sustentabilidade dos cuidados prestados;

- focalizámos a atenção de uma equipa multidisciplinar na problemática do envelhecimento activo, estimulando a reflexão sobre o papel de cada interveniente, no seu desempenho enquanto detentores de uma responsabilidade que se quer cada vez mais partilhada, no sentido de estimular a capacitação da comunidade;

- demonstrámos que é possível trabalhar em parceria com outros sectores da comunidade em prol do bem comum e da dignidade da pessoa humana independentemente da sua condição social ou da idade.

É essencial a criação de dinâmicas que permitam a continuidade destes cuidados e uma maior abrangência, que de facto traduza resultados mensuráveis, em ganhos em saúde.

Pesquisar perceber e partilhar resultados e conhecimentos sobre os idosos, afigura-se uma prática elementar para que seja possível propiciar melhores condições às pessoas nesta fase de complicado processo de desenvolvimento. Além de mais motivados, todos os intervenientes poderão sentir mais fortalecidos, pelo conhecimento adquirido e mais incitados a reflectir e agir

Enquanto enfermeiros especialistas de enfermagem comunitária, acreditamos ter dado um contributo à prática de cuidados ética e socialmente aceites, integrados, cientificamente validos e sustentados, adequados às necessidades. É nossa expectativa que este projecto e relatório, possam retratar a nossa filosofia e ambição, transformando-se num motor que impulse todo um percurso conjunto que se impõe trilhar em rede, se queremos de facto ser geradores de mudança efectiva no apoio às pessoas, no seu processo de envelhecimento. Investigar, compreender e divulgar conhecimentos sobre os idosos, é uma prática fundamental para que seja possível proporcionar melhores condições à população nesta fase tão complexa do processo de desenvolvimento individual e da qualidade de vida.

Poderá ainda demorar muito tempo a conquista da vitória neste desafio e não será tarefa fácil, mas será certamente impossível se não se iniciar.

## 5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbot, B., Jordan, P., & Murtaza, N. (1995). Interagency collaboration for children's mental health services: The San Mateo County model for managed care. *Administration and Policy in Mental Health*, 22(3), 301-313.
- Administração Regional de Saúde do Alentejo. I.P. (2010). *Perfil de saúde da Região Alentejo*. Recuperado em 2011, Junho 27. Disponível em [http://www.arsalentejo.min-saude.pt/saudepublica/ProgramasSaude/PerfilSaudeAlentejo/Documents/Perfil\\_Regional](http://www.arsalentejo.min-saude.pt/saudepublica/ProgramasSaude/PerfilSaudeAlentejo/Documents/Perfil_Regional)
- Agrupamento dos Centros de Saúde do Alentejo Litoral (2011). *Plano de Desempenho para 2011*. Documento não publicado: ACESAL.
- Alto Comissariado para a Saúde (2011b). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Estratégias para a Saúde. Perfil de saúde em Portugal*. Recuperado em 2011, Junho 11. Disponível em <http://www.acs.min-sau> de.pt/category/plano-nacional-de-saude/pns-estrat-locais-saude/
- Alto Comissariado para a Saúde (2011c). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Estratégias para a Saúde. Políticas saudáveis*. Recuperado em 2011, Junho 11. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/2011/02/04/pns-ps/>
- Alto Comissariado para a Saúde (2011d). *Plano Nacional de saúde 2011-2016. Modelo Conceptual*. Recuperado em 2011, Junho 21. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/pns-construcao/modelo-conceptual/>
- Alto Comissariado para a saúde, (2011a). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Estratégias para a saúde. Enquadramento (versão para discussão)*. Recuperado em 2011, Junho 10. Disponível em [http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/02/Enq\\_16-03-2011.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/02/Enq_16-03-2011.pdf)
- Andrade, J. S. & Vieira, M. J. (2005). Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidades de sistematização. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol.58. Nº 3.
- Assenhas, A., Mirante, A., Silva, C., Xavier, G., Pereira, H., Gonçalves, F.,...Pereira, V. (2010). Metodologia de projectos: colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*. Escola Superior de Setúbal do Instituto Politécnico. nº 15, Janeiro- Março.
- Avellar & Duarte (2011). *Anotações sobre gestão de projectos de Websites*. Recuperado em 2011, Junho 21. Disponível em

<http://www.avellareduarte.com.br/projeto/planejamento/planejamento5/planejamento5.htm> .

- Bond, M. A., & Keys, C. B. (1993). Empowerment, diversity and collaboration: Promoting synergy on community boards. *American Journal of Community Psychology*, 21, 37-57.
- Breiddal, S. (2009). The “how-to” guide to hospice palliative care twinning projects. Recuperado em 2011, Outubro 18. Disponível em [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/pdf/pubs/palliat/2009-twinning-jumelage/2009-twinning-jumelage-eng.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/pdf/pubs/palliat/2009-twinning-jumelage/2009-twinning-jumelage-eng.pdf)
- Câmara Municipal de Grândola. (2012) Mapa do concelho. Recuperado em 2012, Março 15. Disponível em <http://www.cm-grandola.pt/PT/Concelho/Mapas/Paginas/Mapas.aspx>
- Carapeto, C. (2010). A inovação está na moda e recomenda-se. *Revista Missão Cuidados de Saúde Primário*. Ministério da Saúde. Abril. 4-5.
- Carta de Banguecoque (2005). Promoção da Saúde num Mundo Globalizado. 6ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde 5-11 de Agosto de 2005, Banguecoque, Tailândia. Recuperado em 2011, Junho 11. Disponível em [http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec\\_Bangkok.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Bangkok.htm)
- Carta de Ottawa (1986). Promoção da Saúde nos Países Industrializados. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde 17-21 de Novembro de 1986, Ottawa, Canadá. Recuperado em 2011, Junho 11. Disponível em [http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec\\_Ottawa.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm)
- Castells, M. (2002). *A Sociedade em Rede*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Chavis, D. M. (1995). Building community capacity to prevent violence through coalitions and partner-ships. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 6(2), 234-245.
- Comissão Europeia (2012). Parcerias de Inovação: novas propostas sobre matérias-primas, agricultura e envelhecimento saudável para aumentar a competitividade da Europa. *Comunicado de Imprensa*. Recuperado em 2012, Março 3. Disponível em <http://www.europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/>
- Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2010). *Áreas prioritárias para a investigação em enfermagem e relatório bienal*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Declaração de Alma Ata (1978). Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, 12 de Setembro de 1978, Alma-Ata, Cazaquistão, URSS. Recuperado em 2011, Junho 11. Disponível em [http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec\\_Alma-Ata.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm)

- Declaração de Jacarta (1997). Promoção da Saúde no Século XXI. 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde 21-25 de Julho de 1997, Jacarta, República da Indonésia. Recuperado em 2011, Junho 11. Disponível em: [http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec\\_Jacarta.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Jacarta.htm)
- Declaração de Sundsvall.(1991). Promoção da Saúde e Ambientes Favoráveis à Saúde. 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde 9-15 de Junho de 1991, Sundsvall, Suécia. Recuperado em 2011, Junho 11. Disponível em: [http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec\\_Sundsvall.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Sundsvall.htm)
- Direcção-Geral da Saúde (2004). Programa nacional de saúde para as pessoas idosas. Recuperado em 2011, Setembro, 11. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>.
- Fernandes, A. A. (2001,Setembro). Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia*, (36), 39-52. ISSN 0873-6529. Recuperado em 2011, Julho 20. Disponível em: [http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0873-65292001000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0873-65292001000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=)
- Fernandes-Ballesteros, R. (2002). *Vivir con vitalidad– envejecer bien. Qué es y como lograrlo*, Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ferreira, P.L., Antunes, P., & Portugal, S. (2010). *O Valor dos Cuidados Primários: Perspectiva dos utilizadores das USF – 2009*. Lisboa: Ministério da Saúde - Missão para os Cuidados de Saúde Primários.
- Fonseca, António Manuel, (2004). *Desenvolvimento humano e Envelhecimento*. Manuais Universitários 35. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gaullier, X. (1999). *Les Temps de la Vie. Emploi et Retraite*. Paris: Éditions Esprit.
- Giddens, A. (1997). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Google.(2012).Alentejo litoral, imagem. Recuperado em 2012, Março 15. Disponível em [http://www.google.com/search?q=alentejo+litoral&hl=pt-PT&prmd=imvns&source=lnms&tbn=isch&ei=Cth8T6nLPMSt8QO1m4DSDQ&sa=X&oi=mode\\_link&ct=mode&cd=2&sqi=2&ved=0CCEQ\\_AUoAQ&biw=1280&bih=687](http://www.google.com/search?q=alentejo+litoral&hl=pt-PT&prmd=imvns&source=lnms&tbn=isch&ei=Cth8T6nLPMSt8QO1m4DSDQ&sa=X&oi=mode_link&ct=mode&cd=2&sqi=2&ved=0CCEQ_AUoAQ&biw=1280&bih=687)
- Imperatori, E. ; & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde – Manual para uso em Serviços Centrais, Regionais e Locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011 – Resultados Preliminares. Parte 2*. Recuperado em 2011, Julho, 10. Disponível em

[http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine\\_censos\\_publicacao\\_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub\\_boui=122103956&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=122103956&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554)

- Kretzmann, J., & McKnight, J. L. (1993). *Building communities from the inside out: A path toward finding and mobilizing a community's assets*. Evanston, IL: Center for Urban Affairs and Policy Research.
- Monreal, P. Del Valle, A & Serda, B. (2009). *Los grandes olvidados: las personas mayores en el entorno rural*. Recuperado em 2011, Setembro, 29. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2e8ad289-f1ac-483d-b6ca-3aa9efa72b83%40sessionmgr4&vid=12&hid=21>
- Navarro, M. F. (2000). *Educar para a Saúde ou para a Vida? Conceitos e Fundamentos para Novas Práticas* in Precioso, J. et al. *Educação para a Saúde*. Braga, Departamento de Metodologias de Educação, Universidade do Minho
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar: Padrões de qualidade de enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Recuperado em 2011, Junho 21. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2003a). *Código deontológico do enfermeiro: Anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Recuperado em 2011, Junho 21. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Recuperado em 2011, Junho 21. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la practica*. Barcelona: Masson Salvat.
- Organização Mundial da Saúde (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* (Susana Gontijo, trad.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. (Obra original publicada em 2002). Recuperado em 2011, Outubro 01. Disponível em <http://enfermagemaquib.blogspot.com/2009/02/o-envelhecimento-ativo.html>
- Parlamento Europeu e Conselho da União Europeia (2011). *Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre as Gerações (2012)*. Decisão nº. 940/2011/UE de 14 de



- Setembro de 2011. Recuperado em 2011, Dezembro 21. Disponível em <http://vlex.pt/source/jornal-oficial-uniao-europeia-2170/issue/2011/9/23/01>.
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Manuais Universitários 42. Lisboa: Climepsi Editores.
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de Cuidados: Um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto.
- Pinto, P., Fernandes, A; & Botelho, M. (2007) *Envelhecimento activo e estilos de vida saudáveis: a actividade física*. Fórum Sociológico Vol, nº 17. II Série, 43-51. Recuperado em 2011, Novembro, 11. Disponível em <http://forumsociologico.fcsh.unl.pt/Detalhes.aspx?ID=Ed17art5.html>
- Portugal, Ministério da Saúde. (1996, Setembro 4). Decreto-lei nº 161/96. *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Diário da Republica I série A. 2959-2961.
- Portugal, Ministério da Saúde. (2011, Dezembro 22). Resolução do Conselho de Ministros nº 61/2011, de 22 de Dezembro. Diário da Republica, I serie, nº 244. 5391-5393.
- Ramos, L. R. (2003). *Factores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projecto Epidoso, São Paulo*, Cadernos de Saúde Pública, vol 19, nº 3, Rio de Janeiro.
- Recomendações de Adelaide (1988). Promoção da Saúde e Políticas Públicas Saudáveis. 2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde 5-9 de Abril de 1988, Adelaide, Austrália. Recuperado em 2011, Junho 11. Disponível em [http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec\\_Adelaide.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Adelaide.htm)
- Rodrigues, M. (2005). *Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau.
- Roussos, S., & Fawcett, S. (2000). A review of collaborative partnerships as a strategy for improving community health. *Annual Review of Public Health*, 21, 369-402.
- Sakellarides, C. (2009). *Novo contrato social de saúde. Incluir as pessoas*. (1ª ed.) Lisboa. Diário de Bordo.
- Saldanha, H. (2009). *Bem viver para bem envelhecer, um desafio à gerontologia e geriatria*. Lisboa: Lidel. 21.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem comunitária. Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. (4ª ed.) Lisboa: Lusociência.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Critérios de monitorização biopsicossocial na RNCCI. Recuperado em 2011, Julho 20. Disponível [http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/ApresentacaoIAI\\_UMCCI.pdf](http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/ApresentacaoIAI_UMCCI.pdf)

- Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2010). Indicadores de desempenho da Unidade de Cuidados na Comunidade. Recuperado em 2011, Junho 05. Disponível em [http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page\\_95/indicadores\\_daucc\\_vf.pdf](http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_95/indicadores_daucc_vf.pdf)
- Wilson, C.A. (2011). *Transições e contextos multiculturais*. (2ª ed.). Coimbra. Formasau.
- Wolf, T. (2001). A practitioners guide to successful coalitions. *American Journal of Community Psychology*, 29(2), 263-268.

## **ANEXOS**

ANEXO- I Questionário MAB – Ambulatório (em frente e verso)

-

**AMBULATÓRIO** Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**MAB - Método de Avaliação Biopsicossocial**

Inquérito referente a 4 semanas antes

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_ anos Iniciais: \_\_\_\_

Nº BI / Passaporte: \_\_\_\_

Respondeu ao inquérito:

☐ o próprio

☐ o prestador de cuidados

Pontuação

Classificação

SEXO	0 feminino	1 masculino		
IDADE	0 80 ou mais anos	1 65 a 79 anos	2 50 a 64 anos	3 18 a 49 anos
P1 Queixas Musculo-esqueléticas *	0 com queixas			3 sem queixas
P2 Queixas Visão *	0 com queixas			3 sem queixas
P3 Queixas Audição *	0 com queixas			3 sem queixas
P4 Queixas Pele *	0 com queixas			3 sem queixas
P5 Queixas Outros Órgãos/Sistemas *	0 com queixas			3 sem queixas
QUEIXAS DE SAÚDE	a menor pontuação	0 com queixas		3 sem queixas
OB1 IMC - Índice de Massa Corporal (kg/m <sup>2</sup> )	0 menos de 16,0 magreza	1 16,0 a 18,4 baixo peso		3 18,5 a 25,0 adequado
	1 mais de 30,0 obesidade	1 25,1 a 30,0 excesso peso		
OB2 CINT - Cintura - feminino (cm)	0 mais de 88 obesidade II	1 80 a 88 obesidade I		3 menos de 80 adequado
CINT - Cintura - masculino (cm)	0 mais de 102 obesidade II	1 94 a 102 obesidade I		3 menos de 94 adequado
ESTADO DE NUTRIÇÃO	média: (pont. IMC+ CINT)/2 =	0 0 a 0,9 magro ou obeso	1 1 a 2,9 baixo peso ou excesso de peso	3 3 adequado
P6 Nº de Quedas (último ano)	0 4 ou mais quedas	1 2 a 3 quedas	2 1 queda	3 sem quedas
P7 Momento de Quedas	0 menos de 1 mês	1 1 mês a 1 ano	2 mais de 1 ano	3 sem quedas
P8 Motivo de Quedas	0 interno+externo	1 interno	2 externo	3 sem quedas
P9 Sequelas de Quedas ocorridas	0 com alt mobilidade	1 sem alt mobilidade	2 sem sequelas	3 sem quedas
QUEDAS	média: (P6+P7+P8+P9)/4 =	0 0 a 0,9 mau	1 1 a 1,9 insatisfatório	2 2 a 2,9 satisfatório
P10 Andar em casa, dentro de edifícios	0 incapaz, não anda	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente
P11 Andar na rua	0 incapaz, não sai	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente
P12 Andar em escadas	0 incapaz, não usa	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente
P13 Locomoção e meios para visão e audição			2 meios	3 independente
LOCOMOÇÃO	a menor pontuação	0 incapaz	1 dependente	2 autónomo
P14 Lavar-se/tomar banho	0 incapaz, não se lava	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente
P15 Vestir-se/despir-se	0 incapaz, não se veste	1 dependente de 3ºs	2 meios / acabamentos	3 independente
P16 Usar a sanita e/ou bacio/urinol	0 incapaz, não usa	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente
P17 Deitar-se/levantar-se da cama	0 incapaz, não se levanta	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente
P18 Sentar-se/levantar-se de cadeiras	0 incapaz, não se senta	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente
P19 Controlar a urina	0 incapaz, não controla	1 dependente de 3ºs	2 meios / incont esporádica	3 independente
P20 Controlar as fezes	0 incapaz, não controla	1 dependente de 3ºs	2 meios / incont esporádica	3 independente
P21 Alimentar-se/comer	0 incapaz, não se alimenta	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente
P22 Autonomia Física e meios para visão e audição			2 meios	3 independente
AUTONOMIA FÍSICA	a menor pontuação	0 incapaz	1 dependente	2 autónomo
P23 Usar o telefone	0 incapaz, não usa	1 dependente de 3ºs	2 meios	3 independente
P24 Fazer compras	0 incapaz, não faz	1 dependente de 3ºs	2 meios / ajuda ocasional	3 independente
P25 Preparar refeições	0 incapaz, não faz	1 dependente de 3ºs	2 meios / ajuda ocasional	3 independente
P26 Tarefas de lida da casa	0 incapaz, não faz	1 dependente de 3ºs	2 meios / ajuda ocasional	3 independente
P27 Lavar/tratar da sua roupa	0 incapaz, não faz	1 dependente de 3ºs	2 meios / ajuda ocasional	3 independente
P28 Usar transportes (onde não pode ir a pé)	0 incapaz, não usa	1 dependente de 3ºs	2 meios / ajuda ocasional	3 independente
P29 Tomar os seus medicamentos	0 incapaz, não toma	1 dependente de 3ºs	2 meios / ajuda ocasional	3 independente
P30 Gerir o seu dinheiro	0 incapaz, não faz	1 dependente de 3ºs	2 meios / ajuda ocasional	3 independente
P31 Autonomia Instrumental e meios para visão e audição			2 meios	3 independente
AUTONOMIA INSTRUMENTAL	a menor pontuação	0 incapaz	1 dependente	2 autónomo



## ANEXO II - Identificação de Necessidades de Educação para a Saúde

## **Identificação de Necessidades Educação para a Saúde**

No âmbito do Mestrado de Enfermagem em Saúde Comunitária que nos encontramos a frequentar, propomo-nos desenvolver um projecto de investigação - acção na temática do Envelhecimento Activo, assente numa estratégia de parceria entre a UCC Serra e Mar e outras entidades do concelho.

Considerando o Regulamento e os objectivos definidos para a USG, assinale por favor em cada uma das áreas estratégicas a seguir enunciadas, cinco temáticas que do seu ponto de vista, devam ser tratadas pelos profissionais de saúde, para desenvolver competências pessoais na população alvo:

**a) "Envelhecimento activo":**

- Benefícios da actividade física ----- ☐
- Estimulação das funções cognitivas ----- ☐
- Gestão do ritmo sono - vigília ----- ☐
- Higiene pessoal ----- ☐
- Higiene do meio ----- ☐
- Nutrição/alimentação/ hidratação----- ☐
- Eliminação/incontinência ----- ☐
- Manutenção de um envelhecimento activo----- ☐

**b) "Adequar os cuidados às necessidades das pessoas":**

- Utilização correcta dos serviços de saúde----- ☐
- Cuidar da saúde----- ☐
- Abordagem das perdas funcionais mais frequentes----- ☐
- Saúde oral----- ☐
- Prevenção dos efeitos adversos da automedicação e polimedicação----- ☐
- Cuidados com o frio----- ☐
- Cuidados com o calor ----- ☐

**c) "Promover o desenvolvimento de ambientes capacitadores":**

- Identificação de risco de acidentes no meio ambiente----- ☐
- Detecção e eliminação de barreiras arquitectónicas----- ☐
- Utilização de ajudas técnicas/instrumentais----- ☐
- Prevenção de acidentes domésticos e de lazer----- ☐
- Utilização segura dos meios de transporte----- ☐
- Serviços e tecnologias favorecedores da segurança e independên----- ☐

Quer deixar-nos alguma sugestão? \_\_\_\_\_

---

**Obrigada pela sua colaboração!**

---



### ANEXO III : Entrevista aos stakeholders

## Guião de Entrevista a Informadores Chave

No âmbito do Mestrado de Enfermagem em Saúde Comunitária que nos encontramos a frequentar, propomo-nos desenvolver um projecto de investigação - acção na temática do Envelhecimento Activo, assente numa estratégia de parceria entre a UCC Serra e Mar e outras entidades do concelho.

Este guião destina-se à orientação das entrevistas, para colheita de informação junto de líderes formais da nossa comunidade, durante o diagnóstico de necessidades em saúde, da população alvo do estudo: os inscritos na Universidade Sénior de Grândola (USG), no ano lectivo 2011-2012.

Instituição: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

1. Dada a importância crescente da população sénior no nosso concelho e a preocupação da Autarquia na criação de respostas articuladas, integradas e promotoras do envelhecimento activo, se tomarmos como exemplo a USG, que outros parceiros sociais deveriam reforçar essa resposta? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Do seu ponto de vista, de que forma podem os profissionais de saúde contribuir para aumentar a qualidade de vida dos utentes da USG? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Na sua perspectiva quais os pontos fortes, os pontos fracos, as ameaças e as oportunidades que devem ser consideradas, na implementação de um projecto de junto desses utentes, visando a problemática do envelhecimento activo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Quer deixar-nos alguma sugestão? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Obrigada pela sua colaboração!

#### ANEXO IV: Resultados da análise das necessidades de educação para a saúde

Resultados da análise das necessidades de educação para a saúde

Tema/área	utentes	stakeolders
Benefícios da actividade física	12	2
Estimulação das funções cognitivas	22	2
Gestão do ritmo sono - vigília	23	1
Higiene pessoal	5	0
Higiene do meio	8	0
Nutrição/alimentação/ hidratação	20	3
Eliminação/incontinência	18	1
Manutenção de um envelhecimento activo	20	3
Utilização correcta dos serviços de saúde	21	3
Cuidar da saúde	20	3
Abordagem das perdas funcionais mais frequentes	22	3
Saúde oral	12	2
Prevenção dos efeitos adversos da automedicação e polimedicação	21	3
Cuidados com o frio	12	2
Cuidados com o calor	12	2
Identificação de risco de acidentes no meio ambiente	19	3
Deteção e eliminação de barreiras arquitectónicas	20	3
Utilização de ajudas técnicas/instrumentais	14	2
Prevenção de acidentes domésticos e de lazer	21	3
Utilização segura dos meios de transporte	8	1
Serviços e tecnologias favorecedores da segurança e independência	15	3
Total	345	45

## ANEXO V: Plano de formação

## 1. Programa de Formação

Temas	Conteúdos a desenvolver	Objetivos	Duração	Formador
	- Apresentação do projeto	Apresentar o projeto ao grupo; Conhecer as suas expectativas	1h	Enfermeira Manuela Banza
	- Aplicação dos instrumentos definidos	Recolher o consentimento informado, preencher o MAB e o questionário de identificação de necessidades	1h	Enfermeira Manuela Banza
	- Apresentação do plano de formação	Apresentar o plano de formação (sua organização e equipa de formadores)	1h	Enfermeira Manuela Banza
Envelhecimento activo	- Benefícios da atividade física	Identificar diferentes tipos de atividade e de exercício físico e suas vantagens; Incentivar a prática	1h	Fisioterapeuta Filipa Guerra
	- Estimulação das funções cognitivas	Demonstrar de forma lúdica como preservar e/ou reabilitar funções como a atenção, a memória, orientação espaço-temporal, o sentimento de utilidade, o humor e o lazer	4h	Psicóloga Júlia Catarino
	- Gestão do ritmo sono – vigília	Esclarecer sobre alterações do padrão de sono ao longo do ciclo de vida; divulgar medidas não farmacológicas para prevenir e tratar os seus distúrbios	1h	Médica Anabela Jesuino
	- Nutrição/alimentação/hidratação	Informar sobre alimentação saudável/nutrição e adequação no adulto e no idoso, tipos de confeção, relação qualidade/preço, leitura de rótulos, etc.); Importância da ingestão de água	3h	Enfermeira Sandra Serrão Enfermeira Manuela Banza
	- Eliminação/incontinência	Informar sobre as alterações mais frequentes; cuidados de prevenção e tratamento	1h	Fisioterapeuta Filipa Guerra
	- Manutenção de um envelhecimento ativo	Analisar o conceito e fatores de proteção	1h	Enfermeira Manuela Banza
Adequar os cuidados às necessidades das pessoas	- Utilização correta dos serviços de saúde	Esclarecer sobre o acesso aos serviços de saúde, organização e funcionamento da prestação de cuidados;	2h	Enfermeira Manuela Banza
	- Direitos e deveres dos utentes	Debater princípios de cidadania, direitos e deveres dos utentes	1h	Enfermeira Manuela Banza
	- Cuidar da saúde	Refletir sobre fatores individuais e do meio que influenciam a saúde e hábitos de vida saudáveis enquanto decisão pessoal	1h	Enfermeira Sandra Serrão
	- Abordagem das perdas funcionais mais frequentes	Identificar o processo natural de envelhecimento e as diferenças de género; analisar as perdas mais comuns, estratégias de coping e mecanismos de promoção da funcionalidade e autonomia	2h	Fisioterapeuta Filipa Guerra Terapeuta da fala Ana Jorge
	- Saúde oral	Estimular o auto cuidado na higiene oral; identificar fatores de risco e de proteção	1h	Higienista oral Jorge Brazia
	- Prevenção dos efeitos adversos da automedicação e polimedicação	Advertir sobre os perigos da automedicação e polimedicação; identificar formas de minimização	1h	Médica Anabela Jesuino
	- Cuidados com o frio	Debater as recomendações para prevenir os efeitos do frio na saúde	1h	Enfermeira Adélia Vicente
	- Cuidados com o calor	Debater as recomendações para prevenir os efeitos do calor na saúde	1h	Enfermeira Ana Sofia
Promover o desenvolvimento de ambientes de capacitadores	- Identificação de riscos de acidente no meio ambiente	Identificar fatores de risco de acidentes domésticos e do meio	1h	Enfermeira Inma Villez
	- Detecção/ eliminação de barreiras arquitetónicas	Comentar exemplos demonstrativos e formas de as eliminar	1h	Enfermeira Inma Villez
	- Prevenção de acidentes domésticos e de lazer	Discutir formas de prevenção de acidentes e medidas adequadas à promoção da segurança	1h	Enfermeira Manuela Banza
	- Utilização de ajudas técnicas/instrumentais	Divulgar tipos de ajudas técnicas e seu contributo na melhoria da qualidade de vida	1h	Fisioterapeuta Filipa Guerra
	- Serviços e tecnologias favorecedores da segurança e independência	Informar sobre a existência de serviços e tecnologias favorecedores da segurança e independência		Enfermeira Manuela Banza

## ANEXO VI: Cronograma das Sessões

## 2. Cronograma do Programa de Formação

Mês/dia Tema		Ou tubro				Novem bro				De zembro				Janeiro				Fe vereiro				M arço				Ab ril				Maio				Junho	
		1	8	5			5	2	9		3	0	7		0	7	4	1		4	1	8		3	0	7		0	7	4			5	2	9
1ª fase	- Apresentação do projeto/recolha do CI																																		
	- Aplicação dos instrumentos diagnósticos																																		
	- Apresentação do Plano de formação																																		
2ª fase	- Manutenção de um envelhecimento ativo																																		
	- Utilização correta dos serviços de saúde																																		
	- Direitos e deveres dos utentes																																		
	- Cuidar da saúde																																		
	- Cuidados com o frio																																		
	- Benefícios da atividade física																																		
	- Nutrição/alimentação/hidratação																																		
	- Abordagem das perdas funcionais mais frequentes																																		
	- Eliminação/incontinência																																		
	- Gestão do ritmo sono – vigília																																		
	- Prevenção dos efeitos adversos da automedicação e polimedicação																																		
	- Estimulação das funções cognitivas																																		
	- Identificação de riscos de acidente no meio ambiente																																		
	- Detecção/ eliminação de barreiras arquitetónicas																																		
	- Prevenção de acidentes domésticos e de lazer																																		
	- Utilização de ajudas técnicas / instrumentais																																		
	- Serviços e tecnologias favorecedores da segurança e independência																																		
	- Saúde oral																																		
	- Cuidados com o calor																																		
3ª fase	- Avaliação do plano de formação																																		
	- Divulgação e análise dos resultados																																		

LEGENDA:  PREVISTO E REALIZADO  FERIADOS E INTERRUPÇÕES LECTIVAS  PREVISTO



## ANEXO VII: Cronograma de actividades

## Cronograma de Actividades do projecto

[illegible]

## ANEXO VIII: Pedido de autorização ao Director Executivo do ACESAL

- ENVIAR À REQUERENTE  
- AUTORIZO



Paulo Espiga  
Diretor Executivo

Mário Moreira  
Presidente do Conselho Clínico  
AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DO  
ALENTEJO LITORAL

Exmo. Sr. Director Executivo  
do ACES do Alentejo Litoral  
Dr. Paulo Espiga

**Assunto:** Pedido de autorização para projecto de investigação.

No âmbito do Mestrado de Enfermagem em Saúde Comunitária que nos encontramos a frequentar, propomo-nos desenvolver um projecto de investigação - acção na temática do Envelhecimento Activo, assente numa estratégia de parceria entre a UCC Serra e Mar e outras entidades do concelho. Com o seu desenvolvimento, pretendemos alargar o âmbito de intervenção do "Crescer em Saúde", tornando mais efectivo o conceito de envelhecimento saudável, uma vez que passaremos a abranger também, pessoas entre os 50 e os 65 anos.

Perante uma população a envelhecer, torna-se fundamental olhar o fenómeno, não como um problema, mas como uma parte natural do ciclo de vida e uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma, o maior tempo possível. Tal implica uma actuação integrada, acompanhada de mudança de comportamentos e atitudes na população em geral, nos profissionais de saúde e noutras áreas de intervenção.

Pelo exposto e pelo conhecimento que detemos das necessidades da comunidade em matéria de saúde, elegemos como grupo alvo deste projecto os alunos da Universidade Sénior de Grândola.

Nesse sentido contactámos informalmente a Sr.<sup>a</sup> Vereadora da Saúde e Acção Social da Câmara Municipal de Grândola, a Responsável pela Universidade Sénior e a Sr.<sup>a</sup> Coordenadora da Unidade de Cuidados Saúde Personalizados de Grândola, cujos pareceres são favoráveis ao desenvolvimento do nosso projecto, sublinhando a sua pertinência.

Enquanto que na fase preparatória (Diagnóstico e Planeamento da Proposta de Intervenção), os recursos do projecto são assegurados pela mestranda, a sua implementação prevê mobilizar recursos da equipa multidisciplinar da UCC, pelo que vimos por este meio solicitar oficialmente, a autorização de Vossa Ex.<sup>a</sup> para o seu desenvolvimento.

Certos da sua melhor atenção, subscrevemo-nos atenciosamente,

  
Manuela Banza

Grândola, 22 de Julho de 2011

## ANEXO IX: Pedido de autorização à Vereadora da Saúde da CMG



**Exm.<sup>a</sup> Sr.<sup>a</sup> Vereadora  
da Saúde e Acção Social  
da Câmara Municipal de  
Grândola  
D. Graça Nunes**

**Assunto:** Pedido de autorização para projecto de investigação.

No âmbito do Mestrado de Enfermagem em Saúde Comunitária que nos encontramos a frequentar, propomo-nos desenvolver um projecto de investigação - acção na temática do Envelhecimento Activo, assente numa estratégia de parceria entre a UCC Serra e Mar e outras entidades do concelho.

Perante uma população a envelhecer, torna-se fundamental olhar o fenómeno, não como um problema, mas como uma parte natural do ciclo de vida e uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma, o maior tempo possível. Tal implica uma actuação integrada, acompanhada de mudança de comportamentos e atitudes na população em geral, nos profissionais de saúde e noutras áreas de intervenção.

Pelo exposto e pelo conhecimento que detemos das necessidades da comunidade em matéria de saúde, elegemos como grupo alvo deste projecto os alunos da Universidade Sénior de Grândola.

Nesse sentido contactámos informalmente a Sr. Director Executivo do ACES do Alentejo Litoral, a Responsável pela Universidade Sénior e a Sr.<sup>a</sup> Coordenadora da Unidade de Cuidados Saúde Personalizados de Grândola, cujos pareceres são favoráveis ao desenvolvimento do nosso projecto, sublinhando a sua pertinência.

Uma vez que este projecto pretende desenvolver-se na Universidade Sénior, fomentando a parceria entre a Saúde e a Autarquia, vimos por este meio solicitar oficialmente, a autorização de Vossa Ex.<sup>a</sup> para o seu desenvolvimento.

Certos da sua melhor atenção, subscrevemo-nos atenciosamente,

Manuela Banza (Enfermeira)  
Grândola, 22 de Julho de 2011



**MUNICÍPIO DE GRÂNDOLA**  
**CÂMARA MUNICIPAL**

Exma. Senhora  
Enf.<sup>a</sup> Manuela Banza  
Centro de Saúde de Grândola  
Rua Dr. Vítor Manuel da Rocha

7570 - Grândola

SUA REFERÊNCIA

SUA COMUNICAÇÃO DE

NOSSA REFERÊNCIA

DATA

Proc.<sup>o</sup> N.<sup>o</sup> 5.1.0.

Ofício N.<sup>o</sup>

013741 AUG 31 '11

**ASSUNTO: Projecto de investigação – Universidade Sénior de Grândola**

Na sequência do pedido efectuado por V. Ex.<sup>a</sup>, vimos pelo presente informar da disponibilidade do Município de Grândola, para que proceda ao desenvolvimento do projecto de investigação na Universidade Sénior de Grândola.

Com os melhores cumprimentos.

A Vereadora do Pelouro do Desenvolvimento Social e Saúde,

- Graça Guerreiro Nunes -

/MV

## ANEXO X: Consentimento Informado



## CONSENTIMENTO INFORMADO

No âmbito do Mestrado de Enfermagem em Saúde Comunitária que nos encontramos a frequentar, estamos a realizar um trabalho de pesquisa na área do envelhecimento activo: Projecto de Intervenção em Saúde Comunitária - Amadurecer com Saúde.

Para isso, gostaríamos de ter a sua colaboração durante alguns minutos, respondendo a um questionário, sobre como acha que está a sua vida nas últimas quatro semanas.

São feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos da sua vida: hábitos, saúde física, autonomia, estado emocional e social.

Gostaríamos de deixar claro que esta pesquisa é independente da sua condição de aluno(a) e em nada influenciará, caso não estiver de acordo em participar.

Asseguramos que todas as informações prestadas pelo senhor (a) são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa.

A divulgação da informação será anónima e de conjunto, com as respostas do grupo de pessoas que são alvo do estudo.

Se tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se à vontade para fazê-la.

Data: \_\_\_\_ / 10 /2011

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do entrevistador: \_\_ Maria Manuela Serra Banza\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_